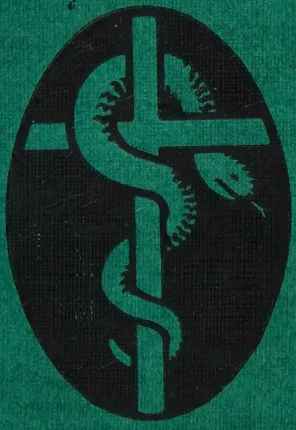
BV 2440 .D38 1928

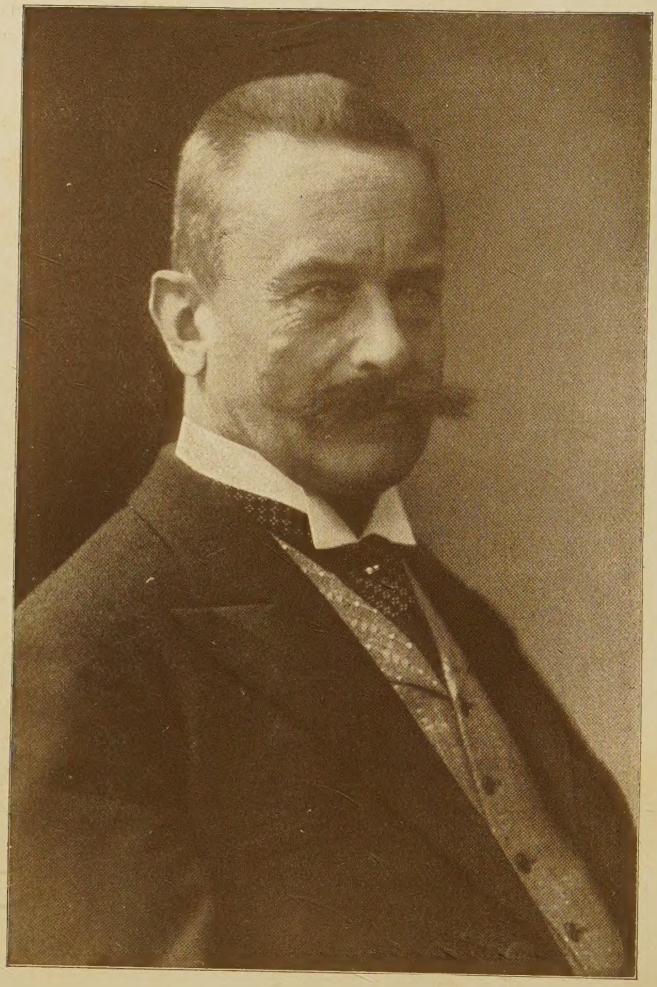
Die Deutsche Evangelische
Herztliche Mission nach dem

Die Deutsche Evangelische Aerztliche Mission

nach dem Stande des Jahres 1928



Neue Folge



Geb. 25. 11. 1849, gest. 24. 4. 1925

Die Deutsche Evangelische Aerztliche Mission

nach dem Stande des Jahres 1928

Im Auftrag des
Verbands der Vereine
für ärztliche Mission
herausgegeben vom
Deutschen Institut
für ärztliche Mission
in Tübingen

Neue Folge · Mit 68 Bildern

LIBRARY OF
Bonebrake Theological Seminary
BV
2440
.D36
>1928
24,362

Wappen der ärztlichen Mission

Evang. Missionsverlag G.m.b.H. Stuttgart
1928

Copyright 1928 by Evang. Missionsverlag, Stuttgart und Basel
Erstes bis fünftes Tausend. Einband- und Titelzeichnung von W. Jacobs, Stuttgart
Druck Chr. Belser A.G., Stuttgart

Vorwort

Auf seiner Jahressitzung im Herbst 1925 beschloß der Verband der Vereine für ärztliche Mission, wieder ein Jahrbuch herauszugeben wie bereits 1914 kurz vor Ausbruch des Weltkrieges. Das Tübinger Institut übernahm es auch diesmal, den Stoff zu sammeln und zu bearbeiten.

Schon bald wurde an alle deutschen evangelischen Missionsärzte ein statistischer Fragebogen versandt. Es stellte sich aber heraus, daß unsere ärztliche Mission noch zu sehr in den Anfängen des Wiederaufbaues begriffen war und daß deshalb weiteres Zuwarten geboten sei. Dagegen ergab eine Umfrage im Jahre 1927 reichlichen Stoff für einen umfassenden Überblick über alle unsere Arbeitsgebiete.

Von hoher Warte aus bewertet der Vorsitzende des Verbandes, Prof. D. G. Haußleiter, der schon 1914 unser Jahrbuch mit seinem Artikel über die „Notwendigkeit und Bedeutung der ärztlichen Mission" eingeleitet hatte, diesmal die ärztliche Mission als christliche Tat, die, auf biblischem Grunde stehend, eine unserem Zeitalter entsprechende Form der Nachfolge Christi darstellt.

Herzerhebend ist das Lebensbild, das uns Oberreallehrer Kammerer, der bis zum Tode getreue Bannerträger der ärztlichen Mission, von Dr Paul von Lechler, dem Begründer unserer Anstalten, entwirft, er selbst damals schon ein vom Tode gezeichneter Mann, der nun auch bereits hinübergeschlummert ist in die Ewigkeit. Noch einen anderen wertvollen Beitrag aus seiner Feder, den er für dieses Buch bestimmt hatte, dürfen wir bringen. Er zeugt von seiner Vielbelesenheit in der ärztlichen Missionsliteratur.

Den Hauptstoff dieses Buches bilden 12 Aufsätze aus der Feder von Berufsarbeitern, die aus ihrem eigenen Erleben heraus über ihre Arbeit auf der Goldküste und in Kamerun, in Ägypten und Palästina, Ostafrika, China, Java und Sumatra berichten und anschauliche Bilder zeichnen aus der Pionierarbeit der Krankenschwester, dem Reisedienst des Arztes, dem geregelten Krankenhaus- und Poliklinikbetrieb, der Unterweisung der Eingeborenen in Krankenpflege, Hebammenkunst und ärztlichem Können bis hinauf zur Höhe wissenschaftlicher Ausbildung in modernen medizinischen Hochschulen.

Eine Übersicht über die moderne Tropenmedizin sowie über den gegenwärtigen Stand der deutschen und der ausländischen ärztlichen Mission aus der Feder unserer Tübinger Ärzte öffnet den Blick für die großen

Zusammenhänge unseres Werkes mit der ärztlichen Wissenschaft, den deutschen Missionsgesellschaften und mit den verantwortungsvollen Aufgaben der Weltmission.

Der Bilderschmuck unseres Buches regt in besonderer Weise zum Vergleichen an, wenn man zum Beispiel die Krankenfürsorge in Bali und Aburi neben die von Peking und Purulia stellt, oder die Krankentransportverhältnisse auf den verschiedenen Missionsgebieten betrachtet, hier durch Menschenkraft mit Hilfe von Hängematte und Sänfte, da durch die tierische Kraft der Kamele, dort durch die Motorkraft des modernen Autos, wie bei den Massaifrauen in Ostafrika, oder wenn man das Ergebnis der Heilmethoden unwissender Quacksalber sieht (Oberarmbruch des Arabers) und die Ratlosigkeit der eingeborenen Ärzte (Nackenverletzung des Chinesen) und daneben den Erfolg moderner Therapie stellt, zum Beispiel den Schlangenbiß nach achttägiger Behandlung und die klinische Heilung des Aussätzigen in einem Jahre.

Der Anhang bietet mit seinem in 22 Abteilungen geordneten Stoff vielseitige Auskunft über alle einschlägigen Fragen und erschließt namentlich durch die deutschen und ausländischen Literaturangaben jedem, der sich mit der ärztlichen Missionsbewegung eingehender beschäftigen will, eine reiche Fundgrube für weiteres Studium.

Das Buch kann nur deshalb so billig auf den Markt gebracht werden, weil das unterzeichnete Institut die Kosten der Bildtafeln übernahm und weil alle Mitarbeiter ihre Beiträge unentgeltlich zur Verfügung gestellt haben. Selbstlos wie ihr Dienst draußen war auch ihre Hilfe bei der Zusammenstellung dieser Darbietung. Sie sind sicherlich alle mit uns eins in dem Wunsche, daß sie ein lebendiges Zeugnis für die großen Taten Gottes in unseren Tagen sein möge.

Tübingen, 2. Oktober 1928.

Das Deutsche Institut für ärztliche Mission.

Inhalt

I. Grundsätzliches und Geschichtliches

Seite

1. Die ärztliche Mission als christliche Tat. Von Prof. D. G. Haußleiter. 1
2. Dr. Paul von Lechler. Ein Bahnbrecher der deutschen ärztlichen Mission. Von J. Kammerer † 7
3. An der Wiege der ärztlichen Mission. Von J. Kammerer † 13
4. Vierzig Jahre ärztliche Mission auf der Goldküste. Von Dr. med. R. Fisch 16

II. Der Dienst auf den Missionsfeldern

5. Ärztliche Mission im Morgenlande. Von Sanitätsrat Dr. Großendorf † 31
6. Ärztliche Pionierarbeit in Ägypten. Von Dr. med, Kallenbach 44
7. Ärztliche Mission am Kilimandjaro. Von Dr. med. G. Puff 54
8. Die mannigfachen Aufgaben des Missionsarztes nach den Erfahrungen im Batakland. Von Dr. med. Joh. Winkler 58
9. Die Bedeutung des einheimischen Personals für die missionsärztliche Arbeit auf Java. Von Dr. med. O. Sickinger 68
10. Die derzeitige Lage der ärztlichen Mission in China. Von Dr. med. J. L. Maxwell 74
11. Die ärztliche Versorgung der Missionsstationen in Südchina. Von Dr. med. H. Traut 77
12. Blinder Alarm. Von Dr. med. E. Sikemeier 80

III. Der Dienst der Frau in der ärztlichen Mission

13. Pionierdienst in Kamerun. Von Schwester Else Bleher 85
14. Gebräuche der Safwa in Ost-Afrika im Blick auf das nachfolgende Geschlecht. Von Frau Elise Kootz 89
15. Geburtshilfliche Erfahrungen in China. Von Schwester Mina Heß . . . 96

IV. Übersichten

16. Fortschritte der Tropenmedizin. Von Oberarzt Dr. med. Huppenbauer. 103
17. Der gegenwärtige Stand der deutschen evangelischen ärztlichen Mission. Von Dr. med. Joh. Winkler 109
18. Das Tübinger Missionsärztliche Institut seit 1914. Von Prof. Dr. med. Olpp 132
19. Die internationale ärztliche Mission. Von Prof. Dr. med. Olpp 152

V. Auskünfte über die deutsche und ausländische ärztliche Mission

Inhaltsverzeichnis siehe Seite 199.

Verzeichnis der Bilder

1. Personen:

Bildseite

Dr. Paul Lechler 1
Dr. med. M. Fiebig 2
Oberreallehrer J. Kammerer . . 2
Missionsinspektor D. Fr. Würz . . 2
Univ.-Prof. D. Dr. P. v. Wurster 2
Sanitätsrat Dr. Grußendorf . . 5
Frl. Dr. Clara Swain 5
Obermedizinalrat Univ.-Prof. Dr. Nocht 18
Sir Patrick Manson 19
Dr. Peter Parker 24
Dr. J. L. Maxwell 24
Frau Dr. A. R. Cook 24
D. Dr. Albert Schweitzer . . . 24
Sanitätsrat Dr. W. Frobenius . 25
Dr. E. Liebendörfer. 25
Armauer G. Hansen 25
Wellesley C. Bailey 25
Dr. A. R. Cook 27
Prof. Hideyo Noguchi 30
Dr. Scheurer 30

2. Krankenanstalten:

Poliklinik, Dr. Fisch und Schwester Sophie Hertlein, Aburi . . . 3
Diakonissenkrankenhaus in Jerusalem 4
Dr. Kallenbach im Krankenhaus Assuan 6
Bergerholungsstation in Kuling . 6
Rhein. Missionshospital Pearadja 8
Poliklinik in Pearadja 9
Saal im Männerkrankenhaus Pearadja 9
Union Medical College in Peking 12
Else Bleher vor ihrem Krankenhäuschen in Bali 14
Hospital der Berliner Mission, Wangemannshöh 17
Käthe Jauer im Hospital Wangemannshöh 17
Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg . . . 18
Neue Londoner Tropenmedizinschule 19
Hospital Santa Catharina in Blumenau 20
Aussätzigenasyl Bethesda in Paramaribo 21
Heim für gesunde Töchter von Aussätzigen, Purulia 21
Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen 22
Tropengenesungsheim in Tübingen 23
Hospital und Hebammenanstalt in Mengo 26
Moderne Kaffernwohnung . . 30
Chinesische Universitätsgebäude in Kanton. 31

3. Patienten:

Araberjunge mit Oberarmbruch 5
Chinese mit Halsverletzung . . 5
Batakscher Zauberer 10
Geisteskranker Bataker 10
Opfer der Hungersnot in China 13
Safwafrauen in Ostafrika . . . 15
Chinesin mit Bambusschutzgeflecht 16
Dajaksche Mutter wiegt ihr Kind 16
Knotenaussatz vor der Behandlung 28
Knotenaussatz nach der Behandlung 28
Schlangenbiß vor der Behandlung 29
Schlangenbiß nach 8tägiger Behandlung 29

4. Krankentransport:

Negerin der Hängematte, Ostafrika 7
Massaifrauen im Auto, Ostafrika . 7
Kleinfüßige Chinesin im Korb . . 11
Dienstreise im Boot in China . . 13
Schußverletzter auf einem Kamel 14

5. Gruppenbilder:

Dr. Fisch mit Frau und Schwester Hertlein 3
Personal des Hospitals Pearadja 8
Alwine Hamacher mit Hebammenschülerinnen 10
Javanische Hebammenschülerinnen 11
Hütte mit Bergsafwa 15
Drei Missions- und Hebammenschwestern 16
Heilpersonal in Kayin 20
Studierende im missionsärztlichen Institut Tübingen 22
Missionarskinder im Tropengenesungsheim 23
Tropenkursteilnehmer in Tübingen 31

I.

Grundsätzliches und Geschichtliches

Die ärztliche Mission als christliche Tat

Von Prof. D. G. Haußleiter, Erlangen

Das Jahrbuch von 1914 hatte überall freundliche Aufnahme gefunden. Die früher wenig bekannte ärztliche Mission war ein blühender Zweig an dem Baum des heimatlichen deutschen Missionslebens geworden. Ihre Notwendigkeit wurde begriffen und ihre Ausbildungs- und Pflege-Einrichtungen wurden geschätzt. Da brach der Weltkrieg über uns herein und forderte alles, was wir an Gut und Blut besaßen, für die Verteidigung unseres Vaterlandes. Wir konnten weder genügend Geld noch Menschen auf die Missionsfelder senden. Das traf zugleich mit der ganzen deutschen Mission auch unsere überseeischen ärztlichen Unternehmungen. Aber es waren treue, bewährte Freunde da, nicht nur in den neutralen Ländern, sondern auch in den Staaten, die gegen uns zu Felde lagen. Die Mission fand öffentlich und heimlich Hilfe und Fürsprache, obschon die Kriegspolitik auch die Missionare gewaltsam und mitunter schmachvoll aus ihren Arbeitsfeldern vertrieb, gefangen setzte und endlich in die mit dem Hunger kämpfende Heimat zurückschickte. Das Schlimmste war aber doch, daß der ungeheure Sturm in Afrika, in Indien, in Neu-Guinea und in der Südsee die deutsche Missionsarbeit von Generationen zu vernichten schien, am meisten in unseren Kolonien, unter denen Ostafrika vier Jahre lang in einen Kriegsschauplatz verwandelt und mit Zerstörung und Entvölkerung bedroht wurde. Es war wie das Morgenrot eines neuen Tages, daß wenigstens in den niederländischen Besitzungen, in China (trotz der steten Unruhen) und in Japan, mit gewissen Einschränkungen auch in Südafrika, die Missionare auf ihren Stationen bleiben und arbeiten konnten. Aber die Geldentwertung drückte schwer und die Versorgung der zurückgekehrten Missionsfamilien schien über unsere Kraft zu gehen. Das alles hat auch die ärztliche Mission ebenso wie alle deutschen Missionsgesellschaften mit Schmerzen erfahren. Gott hat ihr Vertrauen nicht zuschanden werden lassen. Noch Wunderbareres durften wir erleben. Als 1923 und 1924 die ersten deutschen Missionare wieder in das tropische Afrika zu ihren Gemeinden zurückkehren durften, wurden sie von Christen und Heiden mit einem unbeschreiblichen Jubel aufgenommen. Sie fanden Männer und Frauen, die durch ihren Glauben und ihre Treue die zerstreuten Herden zusammengehalten hatten und nun als bewährte Brüder und Schwestern sich neben ihre geistlichen Väter in den Dienst des Evangeliums stellten. Freilich fehlte es auch nicht an Schatten und allerlei Versuchungen. Aber das Licht hatte sich doch als stärker erwiesen, als alle Macht der Finsternis,

und das Evangelium hat einen freieren und stärkeren Eingang zu der Volksseele gewonnen, als wenn die furchtbare Entwurzelung nicht über die Völker gekommen wäre.

Das Reich Gottes nimmt stets bei den Armen, Schwachen und Geringen seinen Anfang. Denn die Gesunden bedürfen des Arztes nicht.

In diesem Sinn möchten wir an die Freunde, die Kritiker und die Verächter der Mission drei Fragen richten.

1. Da uns in steigendem Maße durch ernste wissenschaftliche Forschung Mittel und Wege erschlossen werden, um allerlei Schäden, Seuchen und Nöte im Volksleben wirksam zu bekämpfen: sollen wir da vor dem Massensterben in andern Erdteilen die Augen schließen? (Ärztliche Mission).
2. Wenn Gott in unsern Tagen in vielen Ländern einen Hunger und Durst nach Gerechtigkeit in den Herzen erweckt hat: sollen wir da die Schatzkammer der Wahrheit unter Verschluß halten, oder nicht vielmehr die Bibel allen Völkern in ihrer Sprache bringen? (Missionspredigt).
3. Wenn da und dort aus Heiden, Mohammedanern und Juden christliche Bekenner auftreten mit dem Zeugenmut und der Freudigkeit der ersten Christen: sollen wir da nicht endlich anfangen, aller satten Selbstzufriedenheit und feigen Bequemlichkeit den Abschied zu geben? (Innerste Mission).

Die Mission braucht Hilfe. Sie bedarf freier entschlossener Christenmenschen. Die geringe Zahl der Arbeitskräfte möchte zuweilen uns völlig entmutigen. Wirkten doch anfangs 1914 auf den Missionsfeldern 1063 ordinierte evangelische Missionare neben 248 unverheirateten Schwestern und 22 Missionsärzten. Und 1927, bei verdoppelten Ansprüchen, standen nur 451 Missionare mit ihren Frauen und 164 Schwestern draußen. Die Zahl unserer Missionsärzte jedoch hat sich gegenüber ihrem Vorkriegsstand um acht vermehrt! Wie ist es zu erklären, daß in Deutschland die ärztliche Mission vor den andern Missionsarbeiten diesen großen Vorsprung gewonnen hat, während bei den Zahlen der Weltmission heute das umgekehrte Verhältnis besteht? Unser scheinbarer Vorzug ist in Wirklichkeit nur das mühsame Nachholen eines früheren Versäumnisses. Wir haben viel zu spät und zu schwach mit der ärztlichen Mission planmäßig eingesetzt. Aber vielleicht ist gerade jetzt durch die Not im eigenen Lande der Blick für das leibliche und seelische Elend der nichtchristlichen Völker neu geschärft worden. Vielleicht ist auch die Erkenntnis gewachsen, daß das gepredigte Evangelium von der Liebe Gottes mit innerer Notwendigkeit auch auf die Übung äußerer Barmherzigkeit hindrängt. Tatsächlich stehen wir immer noch beschämend weit hinter der Gesamtzahl der evangelischen Missionsärzte und -ärztinnen zurück. Für das Jahr 1923 wird sie mit 1157 angegeben, gegenwärtig mögen es 1307 sein. An dieser Zahl sind wir nunmehr mit 30 beteiligt, d. h. also mit $2^1/_2$ vom Hundert.

Der Missionsarzt kann sich in seinem modernen Hospitalbetrieb nicht in gleichem Grade auf die einheimischen Mitarbeiter (Heilgehilfen, Pflegerinnen) stützen, wie der Missionar. Diesem steht bei seinem Predigt- und

Schuldienst eine weitaus größere Zahl von einheimischen Hilfskräften zur Verfügung. Daraus ergibt sich eben die Notwendigkeit, einen Stand von einheimischen Ärzten zu schaffen und heranzubilden. Das haben auch die Kolonialmächte ebenso wie die Regierungen der großen ostasiatischen Reiche längst erkannt. In Japan ist die Rolle der von auswärts geleiteten Hospitäler verschwindend klein. In China, das ausländischen Missionsärzten ganz außerordentlich viel zu verdanken hat, wurden in den letzten Jahren die meisten Engländer aus ihren Wirkungsstätten zeitweilig verdrängt, und auch die noch geduldeten Ausländer mußten sich der neu aufgestellten chinesischen Ärzteordnung unterwerfen, um öffentlich anerkannt zu sein. Freuen wir uns, daß unsere deutschen Missionsärzte überall willkommen sind und im Frieden wirken dürfen. Wenn Frankreich scheinbar eine Ausnahme davon macht, sofern es in Kamerun reichsdeutsche Missionare noch nicht zuläßt, so hat es doch in seiner Kongoprovinz den Dr Albert Schweitzer, den wir zwar nicht in unsern Listen führen, aber doch zu unsrer Kultur- und Glaubensgemeinschaft rechnen.

Freuen wir uns auch, daß es in Tübingen an Missionsmedizinern nicht fehlt, und daß fertige Ärzte und Ärztinnen immer wieder sich den Missionsgesellschaften zur Verfügung stellen. Mag dabei manchmal eine gewisse Romantik mit im Spiele sein, das hindert nicht, daß die Größe und Schönheit, aber auch die Verantwortlichkeit und Mühe dieses Berufes in der Regel bald den ganzen Menschen ergreift, sodaß er es als seinen größten Schmerz empfindet, aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen diese Bahn wieder verlassen zu müssen. Die letzten Jahre brachten allerdings viel Wechsel mit sich. Aber das ist ebenso in den heimatlichen Leitungen mancher Missionsgesellschaften der Fall gewesen. Wir brauchen stets Erneuerung. Wenn nur unsere Beauftragten sich ganz von der Strömung des Dienen-Dürfens erfassen lassen, und wenn wir in der Heimat sie darin als unsre vertrauenswürdigen Stellvertreter auf alle Weise durch Liebesbeweise und treues Gedenken stützen und stärken!

Freuen wir uns aber auch, daß in dem ganzen Berufsstande unserer deutschen Ärztewelt, unter den Professoren und den Praktikern das Verständnis und die Beteiligung an dem, was wir vertreten, offenkundig gewachsen ist. Gerade in den Reihen unserer besonnenen, tüchtigen, nüchternen Ärzte finden sich die entschlossensten und erfolgreichsten Bekämpfer des öden Materialismus, der die menschliche Seele nur als eine Funktion, nicht als selbständig zu wertende unsichtbare Größe anzusehen sich gewöhnt hatte. Aber nun fängt unsere Jugend wieder an zu begreifen, daß der Leib höher ist als die Kleidung und daß das Leben mehr ist als die Speise. Deshalb kämpft sie, zuweilen in seltsamen, eigenmächtigen Formen, um die Gewinnung und Ausgestaltung einer geistigen, freien, sittlichen Weltanschauung. Doch mancher Sturm und Drang vergeht wieder schnell, wie eine Windsbraut, die nur Staub aufgewirbelt hat. Aber wenn ein Arzt, der als Student gelernt hat, genau zu beobachten und die Erscheinungen richtig festzustellen, den Kampf mit dem Krankheitselend aufnimmt, so wird er gerade durch seine

Empirie immer wieder genötigt, die imponderabelen Gemütskräfte seiner Patienten mit in Rechnung zu ziehen. Er dient den Schwankenden und Zweifelnden mit seiner eigenen geistigen Sammlung und seelischen Kraft und erfüllt so das bedeutsame Wort: „Wo der Chirurg aufhört, fängt der Arzt an" (vergl. „Die ärztliche Mission" 1928, Seite 40). So wird der Arzt zur Arznei des Kranken. Das Persönliche erweist sich als die stärkste Potenz in allen menschlichen Dingen. Das ist etwas ganz anderes, als eine bloß suggestive Einwirkung auf ein aufgeregtes Nervensystem. Hier gibt es nicht Rezept oder Methode, sondern freies Handeln, voll Hingabe und Ehrfurcht vor dem Geheimnis des Lebens. Wer würde von der Last solchen Dienstes nicht erdrückt werden, wenn er nicht etwas von einer Quelle ahnte und erführe, die kein Mensch sich selber aus seinem Innern erschließen kann, sondern die frei neben ihm, um und für ihn im Verborgenen rauscht und quillt, und die für den Kranken wie für den Arzt zugleich das Lebenswasser der Hoffnung darbietet, Dienst, Freundlichkeit, unbestechliche Wahrhaftigkeit, Ehrfurcht, Gebet. Das sind die heimlich-offenbaren Lebensäußerungen des richtigen Arztes, der weiß, daß er in höherem Auftrag steht, empfindet und handelt. Von hier zur Mission ist nur ein Schritt. Der Missionsarzt braucht nicht öffentlich zu predigen, aber er unterstützt die missionarische Verkündigung durch die Tat und durch das freie Wort ermunternder Zusprache. Er fühlt sich als Bundesgenosse des Missionars. Wie gut können sie einander verstehen, wie können sie sich in die Hände arbeiten, wie können sie miteinander wachsen: Missionsarzt und Missionar! Wo hat die Welt Ähnliches zu bieten? Auch für die Heimat wünschen wir solchen Doppeldienst! Ganz unentbehrlich jedoch ist er bei den Völkern, die noch unter dem Bann der Geisterfurcht und unter der Lüge der Zauberer ohne Hoffnung dahindämmern.

Es wäre ein gefährlicher Irrtum zu meinen, daß die Missionare in den Menschenaltern, wo es noch keine planmäßig aufgebaute ärztliche Mission gab, an Krankheit und Not teilnahmslos vorüber gegangen wären. Sie übten Barmherzigkeit nach ihrem Vermögen und dienten demütig nach dem Maß ihrer Kenntnisse. Dabei lebten und starben sie in dem Glauben, daß das Evangelium selbst, das sie verkündigten, eine solche Veränderung in der menschlichen Seele hervorrufen kann, daß auch das ungestillte Leid ertragen und von innen her geistig überwunden werden kann. Paulus, der Heidenapostel, ließ sich auf seinen Reisen gern von Lukas, dem Arzt und Schriftsteller, begleiten. Aber er gründete keine besondere ärztliche Mission. Traten ihm verworrene Verhältnisse entgegen, die ein augenblickliches Handeln forderten, so fehlte es ihm nie an dem prophetischen Glaubenswort, durch das sich Gottes heilige Reichsherrschaft auf Erden geltend macht zum Gericht und zur Rettung. Die Art, wie das mitleidende Herz sich der Not zur Seite stellt, ist verschieden. Unserer Zeit hat Gott eine tiefere Naturerkenntnis und eine wirksamere Bekämpfung mancher Übel und Leiden geschenkt, als früheren Geschlechtern. Darum muß die christliche Barmherzigkeit auch den Arzt zum

Bundesgenossen haben. Alle menschliche Hilfeleistung bleibt vorübergehend und deshalb unvollkommen. Aber sie ist deshalb doch nicht vergeblich. Sie wird zu einem Zeichen und Erziehungsmittel, daß wir glauben lernen, auch da, wo wir nicht sehen. Denn das unsichtbar wirkende lebendige Gotteswort, das durch die Welt läuft, ist höher als alle Menschentaten. Gott will die der Hilfe bedürftigen und die helfenden Glieder zusammen in die Gemeinschaft des Einen und Einzigen ziehen, dem alle Gewalt gegeben ist im Himmel und auf Erden.

Unser Blick hat sich unwillkürlich auf den goldenen Hintergrund gerichtet, vor dem sich unser bescheidener Dienst vollzieht. Von dort her leuchtet uns auch das Bild der beiden Männer entgegen, die als Urheber und Werkmeister der ärztlichen Mission unter uns gewirkt haben: Dr. med. h. c. Paul von Lechler, welcher am 24. April 1925, und Oberreallehrer Immanuel Kammerer, der am 24. August 1927 von uns schied. Dankbar ehren wir ihr Gedächtnis und geben uns mit bewegtem Herzen Rechenschaft über die Segenserbschaft, die sie hinterlassen haben. Die Tübinger Anstalten reden eine deutliche Sprache. Ohne den Weitblick und die opferwillige Tatkraft von Dr Lechler wären sie nicht da. Und ohne den rastlosen, herzgewinnenden Werbeeifer von J. Kammerer hätten die Anstalten und die ärztliche Mission selbst nicht die weiten Kreise von Freunden und Förderern gewonnen, deren wir uns erfreuen dürfen. Sein Lebensgang ist in dem Oktoberheft 1927 unserer Zeitschrift kurz beschrieben. Wie bei Lechler, so kam auch an dem Grabe Kammerers der Trauerversammlung erst so recht zum Bewußtsein, in wie vielen Körperschaften und Vereinigungen er anregend und fördernd gewirkt hatte. Lebenskräfte gingen aus von dem hochbegabten Lehrer der modernen Sprachen und der Naturgeschichte am Evangelischen Töchterinstitut Stuttgart, dem bewährten Pädagogen, dem Vorkämpfer für Tierschutz, dem Führer im Jungmänner-Verein, dem Evangelisten auf Missionsfesten und dem unermüdlich reisenden Werber für die ärztliche Mission, dem fruchtbaren Schriftsteller für alles Volk, dem treuen Freund und sieghaften Bekenner seines Herrn auch in schweren Heimsuchungen. Ihm verdanken unsere Leser das Lebensbild Dr Lechlers in diesem Heft. Er hat es noch auf dem Krankenbett wahr und liebevoll gezeichnet.

Neben diesen beiden Vorkämpfern sei auch noch der Name von Sanitätsrat Dr. med. Wilhelm Frobenius ehrend genannt, der am 21. Januar 1927 heimgegangen ist. Er war der Nestor unter den Missionsärzten, zwischen 1890 und 1900 in der Rheinischen Mission auf Neu-Guinea tätig, und wirkte dann als Psychiater in den Heilanstalten zu Tannenhof und Eckardtsheim bis zum Jahre 1924.

Das Jahr 1928 bringt der deutschen evangelischen Mission zwei Jahrhundertfeiern. 1828 setzte die Basler Mission an der Goldküste ein, in dem Todesland, wo von den im ersten Jahrzehnt ausgesandten neun Missionaren acht ihr frühes Grab fanden. Dort hat von 1885 bis 1911 Dr R. Fisch als Missionsarzt gewirkt, dem wir den Artikel über die Goldküste

verdanken. Die Summe aller bisher von Basel nach Afrika, Indien und China ausgesandten Missionsärzte beträgt 27. Von diesen stehen gegenwärtig 7 auf dem Missionsfeld. Die Rheinische Missionsgesellschaft in Barmen sieht auf den 23. September 1828 als auf ihren Geburtstag zurück. Unter ihren vier ersten Missionaren, die bereits 1829 in die Kapkolonie ausgesendet werden konnten, wird auch Dr. med. von Wurmb genannt. Er hat kurze Zeit mit seiner ärztlichen Kunst den Eingeborenen auf der Missionsfarm „Wuppertal" gedient, ohne jedoch hierin einen Nachfolger zu finden. Die weiteren 11 Missionsärzte, die von Barmen ausgingen, wirkten auf Neu-Guinea und an den Missionshospitälern in Sumatra und China.

Ein einzigartiges Wachstum wurde der Rhein. Mission auf Sumatra unter dem Batakvolke und während des Weltkrieges auf der Insel Nias, sowie auf Neu-Guinea geschenkt. Die Gesamtzahl ihrer Christen und Taufbewerber beträgt über 400 000 in mehr als 800 Gemeinden, die von 80 Missionaren und der dreifachen Zahl eingeborener Prediger geleitet werden. Wieviel Nöte und Sorgen, Mühe und Leid, Verzagtheit und Verfehlung, aber auch wieviel Glaube und Gehorsam, Gebet und Freude, Sieg und Lobgesang umschließt die Geschichte solcher Zahlen am Schlusse eines Jahrhunderts! Wir freuen uns mit den Fröhlichen und preisen um ihretwillen Gottes Gnade, die Wunder tut.

Von neueren Schriften, die für die ärztliche Mission besonders bedeutsam sind, seien kurz genannt: „Die Toba-Batak auf Sumatra in gesunden und kranken Tagen", ein Beitrag zur Kenntnis des animistischen Heidentums, von unserm Dr. med. Johannes Winkler (Stuttgart 1925, bei Belser); sodann „Kehre wieder, Afrika. Erlauschtes und Erlebtes aus Südwest-, Süd- und Ostafrika", von Ludwig Weichert (Berlin, Heimatdienst-Verlag 1928); und die Jahrbücher des katholischen Vereins für missionsärztliche Fürsorge und des missionsärztlichen Instituts zu Würzburg; herausgegeben von Dr. C. Becker S.D.S. (Missionsdruckerei Aachen).

Nicht ganz unerwähnt dürfen bleiben: Die Internationale Konferenz in Le Zoute (Belgien) vom 14.—21. September 1926, die u. a. wertvolle Richtlinien für die ärztliche Mission in Afrika aufgestellt hat, und die große Internationale Missionskonferenz in Jerusalem vom 24. März bis 8. April 1928, die es den neuentstehenden Missionskirchen und ihren Gemeinden ans Herz legte, den christlichen Barmherzigkeitsdienst an den Kranken von Anfang an unter ihre Lebensaufgaben aufzunehmen.

Zum Schluß mögen wir uns das Wort der Bergpredigt Matth. 5, 16 gesagt sein lassen, das nicht etwa zu einer selbstbewußten Schaustellung auffordern will, sondern schlicht und einfach bedeutet: „Euer — von einer höheren Hand angezündetes und auf den Leuchter des öffentlichen Dienstes gesetztes — Licht soll leuchten vor den Leuten, daß sie eure (gottgewirkten) guten Werke sehen und (nicht euch, sondern) euren Vater im Himmel preisen!" So sei es in unserer ärztlichen Mission und allenthalben!

Dr. Paul von Lechler

Ein Bahnbrecher der deutschen ärztlichen Mission

Von J. Kammerer †

Am 24. April des Jahres 1925 schied in Stuttgart ein Mann aus dem Leben, dessen Name mit der Geschichte der deutschen ärztlichen Mission aufs engste verknüpft ist, — Dr. Paul von Lechler. Von jeher ein warmer, gebefreudiger Freund der Mission, hat er im Laufe der Zeit sein Interesse mehr und mehr ihrem ärztlichen Arbeitszweig zugewendet und sich dessen Förderung angelegen sein lassen. Er war der erste, der einen Verein für ärztliche Mission ins Leben rief, dem dann im Laufe der Zeit, zumeist in Verbindung mit bestimmten Missionsgesellschaften, noch eine Reihe weiterer folgten.

Über den unmittelbaren Anlaß hierzu berichtet er selbst wie folgt: „Es geschah im Sommer 1898, daß ich, abgearbeitet und mich nach Ruhe sehnend, in Freudenstadt eintraf, um im eigenen Hause eine kurze Erholungsrast zu suchen. Unser lieber Herr Direktor Huppenbauer hatte sich zu meiner Begrüßung am Bahnhof eingefunden, wo er mir mitteilte, daß er andern morgens mit dem Frühzug nach Basel zum Missionsfest abreise und zuversichtlich darauf rechne, daß ich mich ihm anschließe, weil dort diesmal meine Anwesenheit in besonderer Weise erwünscht sei . . . Aber ich war dazu außerstande. Einem so müden und erholungsreifen Mann wie mir konnte die Anstrengung einer Basler Missionstagung nicht zugemutet werden. Ich lehnte also, zumal ich keinen inneren Zug verspürte, mit Bestimmtheit ab und ließ Herrn Huppenbauer allein ziehen.

Andern Tages, als es zur Morgenandacht in der Kapelle läutete, ging ich dorthin. Der Redner war mir völlig unbekannt. Als die Andacht beendet war, wartete ich auf den unbekannten Herrn, dem ich in meiner Eigenschaft als Aufsichtsratsvorsitzender des Kurhauses Palmenwald glaubte, für seine Darbietung danken zu sollen. Er stellte sich als Missionsarzt Dr. Liebendörfer vor. Sofort trat mir vor die Seele, daß diese Begegnung nicht von ungefähr sein werde; lag doch schon seit langer Zeit auf meinem Schreibtisch eine Abhandlung über ärztliche Mission, die einen solch starken Eindruck auf mich ausgeübt hatte, daß ich meiner Verpflichtung zur Förderung dieses nach verschiedener Richtung so wichtigen Werkes mir durchaus klar war. Aber das „Wie?" zeigte noch keine greifbare Gestalt. Nur das hatte ich erkannt, daß mit der Darreichung einer Gabe die Sache für mich nicht erledigt sei. Und nun eröffnete sich mit einem Mal eine ungesuchte Gelegenheit,

einem Missionsarzt zu begegnen, aus seiner 10jährigen Tätigkeit in Indien Näheres zu hören und Antwort auf Fragen zu bekommen, die mich schon länger bewegten.

Ich ging also mit Dr Liebendörfer lange auf und ab und ließ mir aus seiner reichen Erfahrung erzählen. Als ich dann schließlich die Frage an ihn richtete, bis wann er wieder auf sein indisches Arbeitsfeld zurückzukehren beabsichtigte, eröffnete er mir bekümmerten Herzens, daß seine schwer wankend gewordene Gesundheit eine Wiederausreise wohl für immer verbiete . . . Unter solchen Umständen lag mir die Frage an Dr Liebendörfer nahe, ob er geneigt sein könnte, für die ärztliche Mission, der doch seine ganze Liebe und seine Lebensarbeit gehöre, in der Heimat zu wirken und dafür Verständnis und Teilnahme zu wecken. Sie, die bis dahin so wenig Bekannte, sei es gewiß wert, der Missionsgemeinde näher gebracht zu werden. Ich dächte an die Gründung eines Vereins für ärztliche Mission als Hilfsverein für die Basler Missionsgesellschaft und sei der gewissen Zuversicht, daß eine lebensvolle Darstellung der Verhältnisse nicht nur tiefgehende, segensreiche Eindrücke erzielen, sondern auch entsprechende Geldmittel zur weiteren Ausdehnung der ärztlichen Mission liefern würde. Damit würden alle von ihm geäußerten Bedenken behoben. Dr Liebendörfers Mienen erhellten sich zusehends und zeigten den Ausdruck freudiger Zustimmung. Unüberwindliche Schwierigkeiten schienen uns beiden nicht vorzuliegen und an der Einwilligung der Basler Missionsleitung zu solchem Vorhaben war nicht zu zweifeln . . . Wir schieden mit dem Gefühl innerer Befriedigung. Mich beglückte der Gedanke, daß diesmal meine Anwesenheit in Freudenstadt, nicht in Basel, Gottes Wille war. Der Verein wurde noch im Spätherbst des genannten Jahres gegründet und Dr Liebendörfer zu seinem Geschäftsführer bestellt. Er verstand es, durch sein Wirken den Gedanken der ärztlichen Mission in Wort und Schrift in weite Kreise zu tragen. Aber nur kurze Zeit durfte er sich dieser ihm lieb gewordenen Arbeit erfreuen. Im Oktober des Jahres 1902 schon ging er zur ewigen Ruhe ein."

Dem weltweiten Blick Lechlers entsprach es, daß Dr Liebendörfer seine Tätigkeit nicht auf das Basler Sammelgebiet in Süddeutschland und der Schweiz beschränkte, sondern auch in Nord- und Mitteldeutschland durch zahlreiche Vorträge die Herzen für die Notwendigkeit und Bedeutung der ärztlichen Mission zu erwärmen suchte. Flugblätter für Erwachsene wie für die Jugend wurden verfaßt und in großer Auflage verbreitet; sie fanden ihre Ergänzung in Aufsätzen für die Tagespresse, Missions- und Sonntagsblätter. Der Verein, der sich in seiner Satzung die Aufgabe gestellt hatte, „die Bekanntschaft der ärztlichen Mission in immer weitere Kreise zu tragen, das Interesse dafür zu mehren und die ärztliche Mission durch Zuführung neuer Arbeitskräfte zu fördern", bemühte sich, den deutschen Missionsärzten (nicht nur den Baslern) durch fachmännische Beratung zu dienen, junge Missionsmediziner pekuniär zu unterstützen, Bücher, Instrumente, Arzneimittel und Verbandstoffe für die Missionsspitäler zu beschaffen, die Erhaltung alter und

die Gründung neuer Stationen und Spitäler zu fördern. In höchst erfreulicher Weise entwickelte er sich von Jahr zu Jahr.

Dennoch ging es mit der deutschen ärztlichen Mission nur langsam vorwärts. Allerdings arbeiteten seit 1885 auf der Goldküste in Westafrika Basler Missionsärzte (Dr. Fisch, Dr. Eckhardt und Dr. Hey), auch in Indien (Kalikut) war durch Dr. Liebendörfer ein verheißungsvoller Anfang mit der missionsärztlichen Arbeit gemacht worden, und 1894 hatte Dr. Wittenberg in Kayintschu (China) das Panier der Basler ärztlichen Mission aufgepflanzt.

Andere Missionsgesellschaften, in erster Linie die Rheinische, hatten fast gleichzeitig mit ärztlicher Arbeit eingesetzt. Im Frühjahr 1889 landete Dr. Kühne, von Barmen ausgesandt, in Tungkun (Süd-China), wo er jahrelang eine immer mehr sich ausdehnende Tätigkeit entfaltete. Ihm trat 1898 Dr. Olpp zur Seite, der durch Erbauung des schönen und zweckmäßig eingerichteten neuen Hospitals der Arbeit einen günstigen Mittelpunkt schuf.

Ein weiterer rheinischer Missionsarzt, Privatdozent Dr. Frobenius, fand 1890 auf Neuguinea seinen Wirkungskreis, und 1900 legte der Sohn des damaligen Missionsinspektors A. Schreiber, Dr. J. Schreiber, den Grund zu der rasch aufblühenden ärztlichen Missionsarbeit in Pearadja auf Sumatra, wo ihm bald Dr. Winkler zur Seite trat. Das Senfkorn der ärztlichen Mission war in den Missionsboden gelegt und entwickelte seine Lebenskraft. Allein die Zahl der deutschen Missionsärzte nahm nur sehr langsam zu, während Engländer und Amerikaner in großer Anzahl ausgesandt werden konnten. Manche der jungen Mediziner, welche sich für den Missionsberuf entschlossen hatten, wurden während ihres Studiums in ihrem Entschlusse wankend und traten zurück. So fehlte es nicht an allerlei schmerzlichen Enttäuschungen, zumal fertige Ärzte für den Missionsdienst kaum zu gewinnen waren. Das bekümmerte nicht nur die Missionsleitungen, sondern auch den so warm für die ärztliche Mission empfindenden Gründer des Stuttgarter Vereins, Paul Lechler. Und mehr als einmal legte er sich die Frage vor, woher es wohl komme, daß in Deutschland die Entwicklung der ärztlichen Mission eine so langsame sei. Er kam schließlich zu der Überzeugung, daß es ihr an einem Mittelpunkt fehle, von dem aus sie sich systematisch weiter entwickeln konnte. Einen solchen Mittelpunkt, wie ihn die englische Mission in Edinburg längst besaß, galt es zu schaffen. Mit der ihm eigenen Willenskraft ging Paul Lechler auch an die Ausführung des Planes. In welcher Weise sich diese vollzog, mag er uns selbst kurz darlegen.

„Es war im Sommer 1905, als Herr Oberlehrer Kammerer (der Nachfolger Dr. Liebendörfers als Geschäftsführer des Stuttgarter Vereins für ärztliche Mission) mir mitteilte, daß er diesmal einen Ferienkurs an der Universität Cambridge mitzumachen die Absicht habe. Ich bat ihn, bei seinem Aufenthalt in England sowohl in London das Livingstone-College (die Ausbildungsstätte für Missionare zur Ausübung der Heiltätigkeit auf dem Missionsgebiet), als auch in Edinburg das Livingstone-Memorial (ein Institut für Ausbildung von approbierten Missionsärzten) sich genau daraufhin an-

zusehen, ob nicht ähnliche Einrichtungen mit deutschem Zuschnitt sowohl zur Heranbildung von Missionsmedizinern, wie zur medizinischen Ausbildung von Missionaren und Missionsschwestern auch der deutschen ärztlichen Mission zur Förderung dienen könnten.

Als Herr Kammerer zurückkam und mir über das Gesehene und Gehörte eingehend berichtete, bat ich ihn um die schriftliche Niederlegung seiner Eindrücke, die denn auch meinerseits mit einer Denkschrift versehen dem Verwaltungsrat des Stuttgarter Vereins zur Prüfung und Erwägung vorgelegt wurden. Dieser war einstimmig der Ansicht, daß diese eingehend begründeten Darlegungen mit dem Wunsch für die Erlangung solcher Einrichtungen in Deutschland allen deutschen evangelischen Missionsgesellschaften nahe zu legen seien. Dies geschah durch Zusendung zweier ausführlicher Drucksachen über „Missionsärztliche Institute und Samariterschulen" und einer näheren Darlegung, in welcher Form beides in Deutschland vereinigt werden könnte." Die Ausführungen Lechlers waren von solcher Klarheit und Überzeugungskraft, daß sie sofort die Zustimmung mehrerer Missionsgesellschaften fanden. Andere verhielten sich allerdings zunächst ablehnend oder zuwartend; doch gelang es bald, auch ihre Bedenken zu zerstreuen. So konnte am 15. November 1906 in Frankfurt a. M. die konstituierende Versammlung des Vereins „Deutsches Institut für ärztliche Mission" stattfinden, auf welcher eine vollständige Übereinstimmung in allen Hauptfragen erzielt wurde. Die Frage des Domizils des Instituts wurde zugunsten Tübingens entschieden. Von anderer Seite waren Halle, Leipzig, Berlin und Hamburg in Vorschlag gebracht worden. Dieses erfreuliche Ergebnis konnte nur dadurch erzielt werden, daß die württembergische Regierung und die Universität Tübingen dem Plan ihre volle Sympathie entgegenbrachten und seine möglichste Förderung versprachen, Prof. D. Warneck für Tübingen eintrat und die Stuttgarter Freunde versprachen, für die gesamte Geschäftsführung, einschließlich Bauausführung und Einrichtung des Instituts die volle Verantwortung zu übernehmen, auch für die Beschaffung der Geldmittel nach Möglichkeit besorgt zu sein.

Es folgte nun eine Zeit angestrengtester Tätigkeit, wobei die Hauptlast der Arbeit auf Lechlers Schultern ruhte. Sein Büro stellte er in liberalster Weise für die Ausführung des gefaßten Plans zur Verfügung. Zugleich stiftete er 30 000 ℳ zur Erwerbung eines Bauplatzes und zum Bau selbst. Dieser konnte rasch erstellt und schon im Herbst 1909 eingeweiht werden und zwar schuldenfrei. In Anerkennung der großen Verdienste, die sich Paul Lechler um sein Zustandekommen und die Förderung der ärztlichen Mission überhaupt erworben hatte, wurde er vom Deutschen Kaiser und vom König von Württemberg mit hohen Orden bedacht; und die Medizinische Fakultät der Universität Tübingen verlieh ihm den Titel eines Dr. med. honoris causa. Im folgenden Jahr öffnete das Schwesternheim seine Pforten den Missionspflegeschwestern, und 6 Jahre später, im November 1916, konnte das auf sonniger Höhe erbaute Tropengenesungsheim seiner Bestimmung über-

geben werden. Immer und überall war Dr Paul Lechler die treibende Kraft, und so sind die Tübinger Anstalten so recht eigentlich sein Werk. Mit ihnen und den Segensströmen, die sich von dort aus in alle Welt ergießen, wird sein Name auf immer verbunden bleiben. Manche wertvolle Einrichtungen, deren sie sich erfreuen, konnten nur getroffen werden dank der hochherzigen finanziellen Unterstützungen, die er Jahr für Jahr den Tübinger Anstalten zuwandte.

Der Raum gestattet nicht, auf weitere Einzelheiten einzugehen. Doch sind wir dem Leser noch die Beantwortung der Frage schuldig, was eigentlich Dr Paul Lechler seinem bürgerlichen Berufe nach war. Darüber ist in Kürze folgendes zu sagen: Paul Lechler war ein Kind des Schwabenlands und seinem Berufe nach Geschäftsmann.[1]) Er hat recht klein angefangen; aber schon nach wenigen Jahren hatte, dank seiner Umsicht und Tatkraft, sein kaufmännisches Geschäft einen erfreulichen Aufschwung genommen, und es hat sich im Laufe der Zeit immer mehr ausgedehnt. Als Großkaufmann und Fabrikant nahm er in der Geschäftswelt Württembergs und über dessen Grenzen hinaus eine sehr geachtete Stellung ein. Dadurch, daß er von Anfang an einen wesentlichen Teil des Gewinnes zu gemeinnützigen Zwecken, vor allem zur Unterstützung der Äußeren und Inneren Mission verwandte, hat er einen Segensstrom in sein Geschäft hineingeleitet, der noch lange fortfließen wird.

Das tiefste Geheimnis seines Lebenserfolgs lag in seinem auf die Schrift gegründeten, gesunden und starken Christenglauben. Das Wort Gottes war seine tägliche Speise, was schon die vielen in seiner Bibel angestrichenen Stellen beweisen. Er beugte sich in kindlichem Vertrauen unter die Heilige Schrift, ohne an ihr Kritik zu üben, obwohl er ein Mann scharfen Verstandes war. In ihr erblickte er schlechthin die von Gott geoffenbarte Wahrheit, ein klares, unfehlbares Licht auf dem Lebenswege, einen unversieglichen Quell der Kraft in Zeiten äußerer Schwierigkeiten und innerer Anfechtungen. Auch benutzte er das Sakrament des Abendmahls recht häufig; im öffentlichen Gottesdienst fehlte er nur, wenn Krankheit ihn davon fernhielt. Er war ein treuer Sohn seiner Kirche, beinahe vier Jahrzehnte gehörte er dem Kirchengemeinderat seiner Parochie an, sich auch dort beweisend als ein Mann „lebhaft und willensstark im Rat, opferbereit in der Tat". Auch für seine Kirche hat er freudig manches Opfer gebracht, manche segensreiche Einrichtung durch seinen erprobten Rat und seine kräftige finanzielle Unterstützung ermöglicht. Der Dienst der Liebe war ihm Freude und Herzensbedürfnis. Tausende würdiger Armer hat er im Laufe der Jahre ganz im stillen unterstützt; der so segensreich wirkende „Verein zur Hilfe in außerordentlichen Notstandsfällen auf dem Lande" ist seine Schöpfung. Eifrig arbeitete er mit an der Lösung der Bodenreform-, Wohnungs- und Alkoholfrage. Die verschiedensten Zweige der Inneren Mission fanden in ihm einen

[1]) Vergl. sein Buch: Geschäftserfolg und Lebenserfolg. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart. 9. Aufl.

eifrigen Förderer, der immer auch eine offene Hand hatte, wo es galt, sie zu stützen.

Schließlich mag noch darauf hingewiesen werden, daß er der Gründer des weithin bekannten Kurhauses Palmenwald in Freudenstadt ist und des damit zusammenhängenden Erholungsheims für Erholungsbedürftige aus dem Mittelstand.

Dem Fernerstehenden erscheint es unfaßlich, wie Paul Lechler neben der Riesenlast von Arbeit, die sein immer mehr sich ausdehnendes Geschäft auf seine Schultern legte, auch all die Pflichten erledigen konnte, die ihm aus seiner philanthropischen Tätigkeit erwuchsen. Das Geheimnis lag in seiner ungewöhnlichen Arbeitskraft, seinem klaren und scharfen Urteil, das ihn schnelle Entschlüsse fassen ließ, in der gewissenhaften Ausnützung der Zeit und in der glücklichen Wahl seiner Mitarbeiter.

Er war ein ganzer Mann, ein Charakter wie aus einem Guß. Klar in Gedanken und Urteil, zielsicher und beharrlich im Wollen, kraftvoll in der Tat, so ist er durchs Leben geschritten — ein Vorbild für viele. Das war der Mann, den Gott selbst zubereitet hatte, damit er in Seiner Hand das Werkzeug sein konnte, der ärztlichen Mission die Wege zu weisen und ihren Fortbestand zu sichern, soweit dies Menschen vermögen. Sein Andenken wird in den Kreisen der evangelischen Mission fortleben, sein Name allezeit mit Ehren und Dankbarkeit genannt werden.

An der Wiege der ärztlichen Mission

Von J. Kammerer †

Nachdem die ärztliche Mission das erste Jahrhundert ihrer Geschichte hinter sich hat, geziemt es sich, einen Blick auf ihre Anfänge zu werfen. Auch bei ihr ging es wie bei allen Werken des Reiches Gottes nach dem Gleichnis vom Senfkorn. Klein und unscheinbar waren ihre Anfänge, aber mit der Kraft des Senfkorns hat sie sich entfaltet und ist zu einem Segensbaum herangewachsen, der seine Zweige über die ganze Erde hin ausbreitet. Über 1300 Ärzte und Ärztinnen, nebst einem zahlreichen Stab von Mitarbeitern, europäischen und eingeborenen, stehen in ihrem Dienste, und die Zahl der alljährlich behandelten Patienten geht weit in die Millionen.

Wie stand es aber vor hundert Jahren? Zwar hatten christliche Ärzte in Indien und China und an einigen andern Orten schon eine segensreiche Tätigkeit entfaltet; aber die meisten derselben standen nicht im Dienst einer Missionsgesellschaft, konnten auch nicht als Missionsärzte angesprochen werden. Auch fand ihre Wirksamkeit keine Fortsetzung und blieb daher ohne dauernde Frucht. Wie es zur eigentlichen organisierten ärztlichen Mission kam, erzählt ein Artikel der Vierteljahrszeitschrift der Edinburger missionsärztlichen Gesellschaft.

Im Jahre 1823 sandte die Londoner Judenmissionsgesellschaft den Arzt Dr Clark nach Gibraltar, um den dortigen Juden mit seiner Kunst zu dienen. Im folgenden Jahr reiste im Dienste derselben Gesellschaft Dr Dalton nach dem Orient, wo er sich schließlich in Jerusalem niederließ, nachdem die Versuche, sich anderswo festzusetzen, mißlungen waren oder als wenig aussichtsreich aufgegeben werden mußten. Dort gründete er das englische Hospital, das auch späterhin unter tüchtigen, hingebenden Ärzten nicht nur den Juden, sondern auch der übrigen Bevölkerung der Stadt wertvolle Dienste geleistet hat. Dr Dalton starb leider schon im Januar 1826, und so erfuhr die ärztliche Tätigkeit am Hospital eine unliebsame Unterbrechung. Sie wurde ernstlich erst wieder im Jahre 1839 unter Dr Macgowan aufgenommen.

Inzwischen war der erste Missionsarzt, Dr Peter Parker, im Jahre 1834 von Amerika nach China ausgereist. Er ließ sich in Kanton nieder, wo bereits der Arzt der Ostindischen Kompanie, Dr Colledge, eine Tätigkeit als Chirurg entfaltete. Schon im Jahre 1827 hatte er auf der Insel Macao ein Hospital für Augenkranke errichtet, wodurch er der Vorläufer der ärztlichen Mission in China wurde. Im folgenden Jahre eröffnete er eine Klinik in Kanton. Nach Dr Parkers Ankunft verband er sich mit diesem zu gemeinsamer Arbeit.

Es galt freilich noch manche Vorurteile zu überwinden. Dr. Parker gelang es aber rasch, das Vertrauen der sonst so mißtrauischen chinesischen Bevölkerung zu gewinnen. In immer größerer Anzahl strömten ihm die Kranken zu, oft aus großen Entfernungen. So hatte einst ein blinder Mann einen Weg von etwa 130 Kilometern gemacht, um zu dem berühmten Arzt zu kommen. Ermutigt durch solche Erfolge wagten es die beiden Männer, die bald ein Band inniger Freundschaft verband, im Jahre 1838 eine missionsärztliche Gesellschaft für China zu gründen, und der Zweck derselben war, wohl ausgerüstete Spitäler zu errichten. In diesen sollte den Patienten dieselbe Behandlung und Pflege zuteil werden, wie in den Krankenhäusern Europas und Amerikas. Zugleich wollte man ihnen das Evangelium nahe bringen und so vollwertige Missionsarbeit treiben.

Um dem chinesischen Volk näher zu kommen und die medizinische Arbeit erfolgreicher zu gestalten, sollte die Sprache gründlich gelernt, die Sitten und Gebräuche der Chinesen studiert und die einheimischen Heilmethoden und Heilmittel auf ihre Wirkung erforscht werden. Aber von Anfang an waren sich die Gründer der Gesellschaft bewußt, daß Chinas Krankheitsnot nicht ausschließlich durch fremde Ärzte behoben werden könnte. Sie richteten deshalb ihr Augenmerk auf die medizinische Ausbildung von begabten Eingeborenen. Dieses Ziel wurde seitdem von allen Missionsärzten im Auge behalten, aber erst unserer Zeit war es vorbehalten, ihm einen wesentlichen Schritt näher zu kommen durch Gründung von Medizinschulen und Fakultäten unter tüchtiger fachmännischer Leitung.

Von Dr. Parker wird gesagt, er habe China mit der Lanzette für das Evangelium geöffnet. Er sowohl als Dr. Colledge waren eben tief davon durchdrungen, daß die Tätigkeit des Arztes als solche nicht genüge, um China wirkliche und gründliche Hilfe zu bringen. Daher ihre evangelistische Tätigkeit. Diese Überzeugung dämmerte langsam auch der alten Christenheit auf. Im Jahre 1838 hielt der Präsident des Royal College of Physicians in London vor einer erlauchten Versammlung, in der sich neben berühmten Ärzten auch Juristen und Senatoren befanden, eine bemerkenswerte Rede, in der er zunächst darauf hinwies, wie ein Arzt, Dr. Boughton, es gewesen war, der durch eine glückliche Kur in der Familie des Großmoguls in Delhi, England den Weg zu Handelsbeziehungen mit dem Reiche dieses Herrschers gebahnt hatte. Dann fuhr er fort: „Dieser glückliche Erfolg erweckt in mir den Gedanken, ob es nicht an der Zeit wäre, Missionsärzte auszubilden, deren Aufgabe es wäre, durch ihre medizinische Kunst dem Evangelium neue Wege zu eröffnen. Ich kenne die Schwierigkeiten, die sich der Ausführung dieses Planes entgegenstellen, aber ich bin sicher, daß die Männer, die durch ihr Wissen und ihre Stellung berufen sind, ihn zu verwirklichen, gerne bereit sein werden, an die Aufgabe, die ihnen gestellt ist, mit Freudigkeit heranzutreten."

Sein Wunsch sollte früher, als er wohl dachte, in Erfüllung gehen. Im Jahre 1841 unternahm Dr. Parker eine Vortragsreise zugunsten der ärzt-

lichen Mission, zunächst nach England und Schottland und dann auch in sein Vaterland Amerika. In London wurde er von einer Anzahl hochstehender und einflußreicher Männer, unter denen sich, neben Ärzten von Ruf, auch der Erzbischof von Canterbury und der berühmte Minister Sir Robert Peel befanden, feierlich willkommen geheißen. Nach einem Vortrag, den er in Exeter Hall hielt, bildete sich ein Komitee, welches die Schritte beraten sollte, die zu tun seien, um der missionsärztlichen Gesellschaft in China die Hilfe zu bringen, deren sie bedurfte. Sofort wurden an dem Kings College in London Stipendien gestiftet, um die kostenlose Ausbildung von Missionsärzten zu gewährleisten. Außerdem verpflichtete sich das College of Surgeons, sechs oder mehr chinesische Studenten ohne Bezahlung für den ärztlichen Beruf auszubilden.

Wenige Tage später wurde eine ähnliche Versammlung in Edinburg gehalten, bei welcher die Universität, die Geistlichkeit, die Ärzteschaft, die Kaufleute und Bankiers der Stadt vertreten waren. Der Erfolg von Dr. Parkers zündender Rede war durchschlagend. Wiederum wurde ein Hilfskomitee gebildet, das aus 23 Personen bestand. Dr. Parker besuchte weiterhin die Städte Glasgow, Liverpool, Birmingham und Cambridge, und überall fand er offene Türen für seine Botschaft. Im November des genannten Jahres bildete sich in Edinburg die „Gesellschaft zur Aussendung von Missionsärzten in fremde Länder". Präsident der Gesellschaft war der berühmte Dr. Abercrombie, der anerkannte Leiter der ärztlichen Wissenschaft in Schottland. Dem Komitee gehörten u. a. an der bekannte Theologe Prof. D. Thomas Chalmers und der Professor der praktischen Physik an der Universität, Dr. Alison. Das war der Geburtstag der ärztlichen Mission.

Anfänglich begnügte sich die Gesellschaft damit, Nachrichten über die ärztliche Mission zu verbreiten und Gaben zu sammeln für die Ausrüstung der Missionsärzte mit Büchern, Instrumenten und Arzneimitteln. Aber schon im Jahre 1853 gründete sie eine eigene Poliklinik für Arme, der Dr. Handyside eine Anzahl von Jahren vorstand. Späterhin, nach dem Armenviertel Cowgate verlegt, entwickelte sich diese Poliklinik mehr und mehr zum Hauptquartier der schottischen Home Medical Missions und zu einer Pflanzschule für Missionsärzte. Als solche behauptet sie heute noch eine wichtige Stellung vor allem für England und Schottland. Sie mußte im Laufe der Zeit mehrfach erweitert werden, um dem wachsenden Bedürfnis nach Missionsärzten genügen zu können. Bildet sie doch theoretisch und praktisch (auch nach der evangelistischen Seite) Ärzte für alle möglichen Missionsgesellschaften aus. Auch zwei deutsche Missionsärzte haben dort ihre Ausbildung erhalten. Im Jahre 1877 wurde zu Ehren des großen schottischen Arztes und Missionars Dr. Livingstone ein neues Gebäude erbaut und eingeweiht, das seitdem den Namen „Livingstone Memorial" führt. Als solches feierte es vor kurzem das Jubiläum seines 50jährigen Bestehens.

40 Jahre ärztliche Mission auf der Goldküste

Von Dr. med. R. Fisch, Basler Mission

Die Goldküste, am Busen von Guinea in Westafrika unter dem 5. bis 10. Grad nördlicher Breite gelegen, ist seit dem Jahre 1828 das Arbeitsfeld der Basler Mission. Mehr als 150 Gräber legen Zeugnis von der Liebe Christi ab, die immer neue Arbeiter und Arbeiterinnen in die entstandenen Lücken treten ließ. Die zahlreichen Krankheits- und Todesfälle ließen aber auch schon frühe den Gedanken erwachen, Ärzte dorthin zu schicken, um womöglich die Missionare vor den Schädlichkeiten zu bewahren, die ihre Reihen immer so schmerzlich lichteten. Leider wurden die Absichten, die zu verschiedenen Zeiten bestanden, durch allerlei widrige Umstände immer wieder vereitelt.

Im Jahre 1879, bei Gelegenheit der großen Allianz-Tagung in Basel, wurde der Gedanke der ärztlichen Mission durch Prof. Dr Christlieb mit großer Wärme der Missionsleitung nahegelegt. Die Zeit war gekommen, die Arbeit in Angriff zu nehmen. Zunächst wurden 2 Missionszöglinge, die sich meldeten, bestimmt, in Basel das Studium der Medizin zu beginnen. Ferner stellte ein Mitglied des Missionskomitees der Gesellschaft die Mittel für die Durchführung einer ärztlichen Studienreise nach der Goldküste zur Verfügung. Ein Basler Arzt, Dr Mähly, ließ sich für diese Aufgabe gewinnen und führte sie dann in Gemeinschaft mit Missionsinspektor Prätorius und Kaufmann Preiswerk durch. Inspektor Prätorius kehrte von der Reise nicht mehr zurück; er starb nach fast vollendeter Aufgabe an den Folgen einer Amöbendysenterie, die zu Leberabszessen geführt hatte. Sein Tod war für die ganze Missionsgemeinde ein schwerer Schlag und stellte die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe für die Missionsgeschwister in helles Licht. Die Erfahrungen und Beobachtungen von Dr Mähly zeigten die große Krankheitsnot der Eingeborenen und erwiesen damit die Dringlichkeit ärztlicher Hilfe auch für die eingeborene Bevölkerung. Sie brachten manche wertvolle Feststellung für die Aussichten der Arbeit des künftigen Missionsarztes. Zunächst ließen sie die Hoffnung als berechtigt erscheinen, daß die ärztliche Versorgung der Missionare die Vermeidung vieler Krankheiten, die Verhütung von Todesfällen, die Erhaltung wertvoller Arbeitskräfte und die Verlängerung des Aufenthaltes auf dem Missionsfelde ermöglichen werde. Außerdem aber boten sie Grund zu der Überzeugung, daß die Tätigkeit des Missionsarztes durch die evangelistische Beeinflussung seiner Negerpatienten und die Gewinnung ihres Vertrauens der Heilsbotschaft den Weg bereiten würde.

Dr. med. M. Fiebig
1. Direktor des Deutschen Instituts für ärztl. Mission, gest. 18. 11. 1915

Oberreallehrer J. Kammerer
Schriftführer des Deutschen Instituts für ärztliche Mission, gest. 24. 8. 1927

Missionsinspektor D. Fr. Würz,
gest. 4. 6. 1926

Univ.-Prof. D. Dr. P. von Wurster
gest. 4. 1. 1923

Missionsarzt Dr. R. Fisch in Aburi mit Frau, Schwester Sofie Hertlein und zwei Gehilfen

Dr. Fisch und Schwester Sofie beim Verbinden in Aburi

Von den beiden Missionszöglingen, die sich dem Medizinstudium widmen wollten, trat der eine zurück. Der Schreiber dieser Zeilen blieb allein und vollendete seine Universitätslaufbahn mit dem Anfang des Jahres 1885, nicht aber seine Studien, denn die begannen nun erst recht. Von Tropenkrankheiten wußte man damals, was Aetiologie betrifft, noch sehr wenig, von Prophylaxe noch weniger, für die Therapie war man erst bei empirisch gefundenen, recht unsicheren Grundzügen angelangt. Die Krankheit, die die meisten Opfer forderte, das Schwarzwasserfieber, war in jeder Hinsicht ein großes Rätsel.

War die wissenschaftliche Ausrüstung des angehenden Missionsarztes mehr als bescheiden, so entsprach dem seine Ausrüstung mit Instrumenten und Medikamenten durchaus, sodaß keinerlei Mißverhältnis die Harmonie trübte. Dazu kam noch die geistige Ausrüstung des Mannes, die sich ebenso in vollkommener Ebenbürtigkeit dem Übrigen anschloß. Diesen bescheidenen Anfängen einer Pionierarbeit entsprechend hatte man mit Recht von der Errichtung irgendwelcher Neubauten abgesehen. Zwei kleine Zimmer im Erdgeschoß des Missionshauses in Aburi wurden von dem Neuangekommenen bezogen. Das kleinere diente als Schlafzimmer und Apotheke, das größere als Untersuchungs-, Operations-, Arbeits- und Studierzimmer. Bei günstigem Wetter wurde das Operationszimmer in die offene Laube vor dem Hause verlegt. Das hatte aber etliche Nachteile, die man in Kauf nehmen mußte, nämlich erstens, daß man während der Operation die darübergelegene Laube des Missionshauses abschließen mußte, weil sonst durch die sehr ansehnlichen Ritzen des Fußbodens allerlei nicht aseptisches Material herabrieselte, sobald jemand diesen oberen Raum betrat. Zweitens fand sich, sobald die allezeit auf der Lauer liegende Negerjugend die Vorbereitungen zu einer Operation erspäht hatte, immer eine ansehnliche Zuschauermenge ein, die den Gang der Operation mit glühendem Interesse und entsprechenden Bemerkungen verfolgte. Weil die verfügbaren Tische alle zu kurz waren, unternahm man eine Untersuchungsreise durch die Räumlichkeiten der Nebengebäude. So fand man eine außer Dienst gestellte eiserne Bettstelle. Daraus wurde mit Hilfe eines angehenden Schmieds und unter viel Schweiß ein Möbel hergestellt, das den Dienst versah, den ein später von einem Schreiner hergestellter Operationstisch längere Jahre verrichtete, bis auch er endlich von einem richtigen Operationstisch abgelöst wurde. Für die erste Zeit war man aus der Verlegenheit heraus, und auf der ehemaligen Bettstelle wurde der erste Starpatient und eine ganze Reihe von anderen Kranken operiert, bis sie schließlich so wackelig wurde, daß wir sie einem Negerschmied überließen, der sie zu allerlei Gerätschaften verarbeitete.

Die Staroperationen und ihr gutes Ergebnis, ebenso wie die für den Neger erstaunlichen Erfolge der Behandlung von vernachlässigten Wunden, veranlaßten viele Neger, ihr anfängliches Mißtrauen gegen die ärztliche Behandlung aufzugeben. Sie kamen auch mit kranken Kindern. Zunächst hatten sie nur ein mitleidiges Lächeln für die Worte des Missionsarztes, wenn er

ihnen erklärte, die Krankheit ihrer Kinder habe ihren Grund nicht in Hexerei, sondern sie werde heilen, wie andere Krankheiten, wenn sie genau die gegebenen Vorschriften befolgten. Aber der Erfolg blieb auch da nicht aus. Manche Mutter kam mit ihrem von Malaria geheilten Kinde nach ein paar Wochen zurück, um dem Missionsarzt feierlich für seine Hilfe zu danken; die Befreiung von der Hexenfurcht war neben der Freude über die Genesung ihres Kindleins für sie eine große Wohltat. Es gab prächtige Gelegenheiten, den armen lieben Menschen die Botschaft von der Liebe Gottes, wie sie in Jesus, dem Heiland aller Menschen, erschienen ist, auszurichten.

Die Schwierigkeit der Sprache schwand allmählich. Durch den beständigen Verkehr mit den Leuten aus dem Volk wurde der Arzt ziemlich rasch unabhängig von der Hilfe des Dolmetschers. Diesen Dienst versah mit großer Zartheit und Treue sein Sprachlehrer, ein Negerpfarrer, mit dem er in inniger Freundschaft verbunden geblieben ist. Er verdient es, daß ihm hier ein Kranz gewunden wird. Es ist der nach 50jährigem gesegnetem Dienst pensionierte Pfarrer Nathanael Asare, ein lauterer, treuer Mann.

Sehr wesentlich half beim Sprachstudium eine Arbeit vorwärts, die sonst gewöhnlich nicht im Pensum eines Missionsarztes steht: Der Bau eines Erholungshauses auf der ärztlichen Missionsstation. Dem Dienst war es zwar nicht zuträglich, daß der Missionsarzt seine Bauarbeiter in der Kunst des Steinbrechens, des Mauerns usw. unterrichten und ständig beaufsichtigen mußte, aber ein Baumeister stand erst sehr viel später zur Verfügung. Wenn es auch große Unzuträglichkeiten mit sich brachte, daß man den Arzt meistens im Steinbruch suchen mußte und er oft Brecheisen und Hammer weglegen und raschestens mit Operationsinstrumenten vertauschen mußte, so brachte ihm der Verkehr mit den Arbeitern doch den nachhaltigen großen Gewinn, daß er ein wenig reden lernte, wie das Volk redet. Es lag in diesen Verhältnissen begründet, daß sich die Zahl der Kranken, die zum Missionsarzt kamen, in recht bescheidenen Grenzen hielt. Doch war es fast ein Glück zu nennen, daß nicht mehr Kranke kamen, denn der Medizinvorrat war von Anfang an so gering, daß für Arzt und Kranke ganz schwierige Verhältnisse hätten eintreten müssen, wenn mehr Patienten gekommen wären. Dem Übelstand wurde jedoch sobald als möglich abgeholfen, es mußten aber erst etliche nicht unbedeutende Hindernisse überwunden werden, und diese lagen außer dem Machtbereich des Arztes.

Schon bald nach der Ankunft begann die ärztliche Versorgung der Missionsgeschwister. Sie war mit ziemlichen Schwierigkeiten verbunden. Erstens handelte es sich dabei meist um Tropenkrankheiten, und in deren Behandlung fehlte ja noch alle Erfahrung, wenn auch die Diagnose nicht sehr schwer zu stellen war. Zweitens machte sich auch auf anderen Gebieten der ärztlichen Tätigkeit die Unerfahrenheit des Missionsarztes schmerzlich geltend. Es bestand ja auch keine Möglichkeit, erfahrene Ärzte zur Konsultation zu bitten. Von den Regierungsärzten mußte abgesehen werden, weil damals ihre Ausbildung noch um ein Bedeutendes geringer war als die eigene. Drittens

herrschte damals noch das unantastbare Dogma: Kein Europäer darf eine anstrengende Fußreise machen, wenn er nicht tödlich krank werden will. Das brachte mit sich, daß die Reisen zu kranken Missionsgeschwistern sehr langsam von statten gingen. Kostbare Stunden vergingen, bis endlich die Reise mit den mühsam gefundenen Hängemattenträgern angetreten werden konnte, und dann war man wieder von dem guten Willen der Träger und vom Wetter abhängig. Es war noch die Zeit der großen Krankheitsnot und Sterblichkeit unter den Missionsleuten. Viel Leid und Schmerz kennzeichnen jene Jahre der Anfänge der ärztlichen Mission. Unvergeßlich sind aber auch die an den Sterbebetten der teuren Missionsgeschwister verbrachten Stunden, in denen sich die Treue bis zum Tode und die Befreiung von aller Todesfurcht, ja der Triumph des Lebens über den Tod durch unsern Herrn Jesus für die, die an ihn glauben, sichtbar offenbarte.

Auch bei dem Missionsarzt selbst stellte sich eine Erkrankung an Amöbendysenterie ein. Noch einige Reisen zu kranken Missionsgeschwistern konnte er ausführen, dann aber machte eine sehr ernste Lebererkrankung, die ihn auf der Reise zu einem an Gelbfieber erkrankten Missionar an der Küste überfiel, seinem Dienst vorläufig ein Ende. Nur zwei und ein halbes Jahr dauerte die erste Epoche seiner Arbeit. In der treuen hingebenden Pflege von Missionsgeschwistern genas er auf wunderbare Weise, zum höchsten Erstaunen der zwei englischen Ärzte, die mit großer Güte den Kranken behandelt hatten. Am letzten Tage des Missionsfestes 1887 kam der schon Totgeglaubte, den meisten unerwartet, in Basel an.

Ein paar Tage vor seiner Ankunft war dort schon sein Nachfolger für den Dienst auf der Goldküste eingesegnet worden, Dr. Alfred Eckhardt. Er reiste im August 1887 nach der Goldküste ab. In Aburi nahm er die verlassene Arbeit wieder auf und führte sie fort, bis Ende Juni des nächsten Jahres der völlig wiederhergestellte, nun verheiratete Anfänger der Arbeit wieder eintraf. Dr. Eckhardt eröffnete bald nachher in Christiansborg, an der Küste, eine ärztliche Missionsarbeit und hatte bald alle Hände voll zu tun. Seine Freundlichkeit und Güte führte viele Patienten zu ihm; sehr oft wurde er auch zu Besuchen bei kranken Negern gebeten. Leider erkrankte er wiederholt an Schwarzwasserfieber und mußte im Juli 1890 zur Erholung nach Europa abreisen. Er hatte sich im Jahre 1888 verheiratet. Viel treue Liebe und treffliche ärztliche Hilfe hat Weiß und Schwarz bei den Doktorsleuten im „Schloß am Meer", einer alten dänischen Faktorei, an deren Mauern sich die gewaltigen Wellen der Dünung des Ozeans brausend brechen, erfahren.

Ende Oktober des Jahres 1891 kehrten Dr. Eckhardt und Frau wieder auf die Goldküste zurück. Nur kurze Zeit weilten sie noch auf ihrer Station Christiansborg, dann zogen sie nach der Station Odumase, die etwa 60 km landeinwärts am Fuß eines ansehnlichen Höhenzuges in der heißen Kroboebene liegt. Odumase ist die Königsstadt des Krobolandes. Ein christlicher Häuptling saß dort auf dem Stuhl und versprach kräftige Förderung der ärztlichen Missionsarbeit. In Fräulein Klara Finkh bekam der bald sehr beschäftigte

Doktor eine ausgezeichnete und hingebende Hilfe. Es wurde der Plan zu einer ärztlichen Missionsstation auf dem Kamm des Höhenzuges gefaßt, und man freute sich in dem Gedanken, daß bald die heiße Wohnung am Fuß des Berges verlassen und auf dem herrlich gelegenen Platz die Arbeit angefangen werden könne. Aber schon bei den ersten Vorarbeiten stellten sich bei Dr. Eckhardt die Symptome der heimtückischen Amöbendysenterie ein. Die Krankheit schien zwar bald abgelaufen zu sein, sein Kollege in Aburi erfuhr aber nach einiger Zeit, daß sich weiterhin Fieber mit ominösem Verlauf eingestellt habe. Eine vorgenommene Untersuchung bestätigte den Verdacht auf Leberabszeß, doch gelang die Überführung des Kranken nach dem kühlen Aburi. Noch einige Wochen konnten die beiden Mitarbeiter beisammen sein, dann aber kam die Trennung. Eine Operation wurde von dem Kranken abgelehnt und hätte auch nach dem Befund der Untersuchung kaum eine Möglichkeit der Heilung gewährt. Zeitlebens bleibt es seinem Kollegen unvergeßlich, wie still und friedevoll Dr. Eckhardt, im Glauben an unsern großen Retter Jesus, am 24. April 1893 seine Erdenlaufbahn schloß. Seine Witwe reiste nach einigen Monaten in die Heimat. Die treue Gehilfin Dr. Eckhardts blieb jedoch in Odumase. Sie leitete noch die dortige Mädchenanstalt, aber genau fünf Monate nach dem Heimgang Dr. Eckhardts, am 24. September, entschlief auch sie im Frieden der Erlösung.

Im Jahre 1895 wurde der Schreiber des Berichts durch Dr. Friedrich Hey abgelöst. Damit war seine zweite Arbeitszeit beendigt. Sie war für ihn die Zeit, in der nicht unwichtige Studien zur Verhütung der Erkrankung an Malaria gemacht werden konnten, die schließlich zu Maßregeln führten, die neben dem Schutz vor den Stichen der Stechmücken durch Sicherungen an den Schlafstätten und Arbeitsräumen und durch zweckmäßige Bekleidung auch das Ziel anstrebten, durch regelmäßig genommene, genügend große Chiningaben, die allenfalls erlittenen Infektionen vorweg zu tilgen. Die Methode bestand in zweimal wöchentlich genommenen Gaben von 0,8 bis 1,0 gr Chinin. Bei Kindern tat das in Schokoladentablettenform gebrachte Chinin ausgezeichnete Dienste. Erwachsene nahmen die Chininperlen von Zimmer in Frankfurt, die ganz zuverlässig zur Wirkung kamen. Damit war viel erreicht, denn die Mortalität sank von den früheren 27,3 % auf 2,4 %, die Morbidität in noch bedeutend höherem Grade. Die Fälle von Schwarzwasserfieber verminderten sich sehr auffallend und der Zusammenhang der Krankheit mit nicht auskurierter Malaria wurde immer klarer. Die Prophylaxe der Malaria erschien auch als beste Vorbeugung gegen Schwarzwasserfieber. Das war ein Erfolg der ärztlichen Mission, der zu allernächst den Missionsgeschwistern zu gute kam. Der Dank dafür gebührt ganz allein dem Herrn, der Gebet und Arbeit der Missionsärzte gesegnet und in die rechten Bahnen geleitet hat.

Ein schöner Erfolg in der Arbeit unter den Negern war die wirksame Bekämpfung einer eben erst ausgebrochenen Pockenepidemie in Aburi. Nach anfänglich unüberwindlich scheinendem Widerstand gegen die Schutzimpfung

ließ sich eines Tages unter fast lebensgefährlichem Gedränge die ganze Bewohnerschaft von Aburi impfen, weil der Geisterpriester, der die Schutzimpfung verboten hatte, merkwürdigerweise an Pocken erkrankt und mit noch drei anderen daran gestorben war. Seine Erkrankung war das Zeichen, auf das hin Groß und Klein mit aller Beschleunigung geimpft sein wollte. Die Leute, die vorher auf die Bäume geflüchtet waren, um sich vor dem Impfmesser des Missionsarztes in Sicherheit zu bringen, prügelten sich am Schluß des ersten Tages mit anderen, um vor diesen an die Reihe zu kommen. Einer von den vielen Geimpften erkrankte doch noch; die Schutzpocken und die echten Pocken verliefen bei ihm friedlich nebeneinander, der Mann genas. In einem benachbarten Ort fand man 2 junge Männer, die einige Tage vorher von mir geimpft worden waren, tot in ihrer Hütte. Ich wurde hingerufen und konnte einwandfrei feststellen, daß der Tod durch Kohlenoxydvergiftung eingetreten war. Sie hatten nach der Gewohnheit der Neger wegen ihrem Fieberfrost ein großes Becken mit glühenden Kohlen in ihre Hütte gestellt. Diese hatte unglücklicherweise nicht nur das Grasdach über sich, sondern auch noch eine Zimmerdecke und verschlossene Laden, sodaß die Gase nicht entweichen konnten. Diese drei Fälle haben aber den Glauben an die Wirkung der Schutzimpfung bei meinen Negern nicht zu erschüttern vermocht. Etliche Tausende sind in jener Zeit von mir geimpft worden. Gerade damals wurde auch die Befreiung von dem Dogma der Gefährlichkeit des Reisens ohne Hängematte errungen. Dazu hat die bittere Notwendigkeit, den Kranken möglichst schnell Hilfe zu bringen, geführt. Der Missionsarzt hat das Verdienst, das Fahrrad auf der Goldküste eingeführt zu haben, obgleich seine Benützung von den lieben alten Brüdern als strafbarer Selbstmordversuch angesehen wurde.

Dr. Hey führte die Arbeit in Aburi weiter, bis öftere Erkrankungen ihn nach einem Jahre im April 1896 zur Heimkehr zwangen. Im Oktober traf er, inzwischen verheiratet, mit seiner trefflichen Gattin auf der Goldküste ein und nahm die von Dr. Eckhardt angefangene Arbeit in Odumase wieder auf. Dr. Hey hat dort fleißig gearbeitet und war besonders für die Angestellten der Kaufhäuser am nahen Voltafluß ein willkommener Berater und Helfer. Großes Leid aber brach über ihn herein, als im Januar 1899 seine Frau an Schwarzwasserfieber starb. Im August 1899 reiste Dr. Hey zur Erholung nach Europa, kehrte im folgenden Jahre für kurze Zeit auf die Goldküste zurück und reiste dann nach Kamerun, wo er bis April 1902 als Missionsarzt tätig war. Im folgenden Jahre schied er aus dem Missionsdienst aus.

Als der Verfasser im Oktober des Jahres 1896 wieder auf das Missionsfeld zurückkehrte, fand er die Arbeit verwaist und eine ganze Anzahl von frischen Gräbern auf der Küstenstation Christiansborg. Eine Epidemie von Gelbfieber hatte in ganz kurzer Zeit 5 Todesfälle unter gerade neu ins Land gekommenen Missionaren herbeigeführt, und leider war kein Missionsarzt zur Stelle; und an anderen Krankheiten starben in der ersten Hälfte des Jahres noch 3 Missionare, 2 davon kurz nach ihrer Ankunft in Hamburg. Es war eine schwere Zeit. In der Faktorei selbst war der furchtbare Feind verborgen: Infizierte Stech-

mücken der Gattung Stegomyia, die die tödliche Krankheit übertrugen, der ein Neuankömmling nach dem anderen zum Opfer fiel. Es war schwer, in der Heimat zu bleiben, während draußen der Tod herrschte. Das Anerbieten sofortiger Ausreise mußte mit der allerdings begründeten Ansicht abgelehnt werden, daß bis zur Ankunft des Missionsarztes die Epidemie schon längst erloschen sein werde, weil die Regierung das höchste Interesse daran hatte, mit allen Mitteln die Krankheit zu bekämpfen, da der Handel während ihrer Dauer vollkommen unterbunden war. Das war denn auch wirklich der Fall. Anfangs Mai 1896 war die Epidemie erloschen.

Die Arbeitszeit des Verfassers von 1896 bis 1903 hat durch den Bau eines bescheidenen Spitals ihr Gepräge erhalten. Nochmals ging mit der Erfüllung der ärztlichen Aufgaben eine rege Bautätigkeit Hand in Hand. Plan, Voranschlag und Bauführung lagen in den Händen des Missionsarztes. Es war wohl eine Zeit recht heißer Arbeit, aber als im Jahre 1899 das Spitälchen bezogen werden konnte, da war alle Mühe vergessen und große Freude eingekehrt, weil nun ein großes Hindernis der weiteren Entwicklung der Arbeit weggeräumt war. Nun hatte man Räume, in denen der Missionsarzt sich frei bewegen konnte, Räume für Operierte und Kranke, die Spitalbehandlung nötig hatten, reichlich Licht und außerdem Platz für die zweckmäßige Lagerung der Vorräte. Bescheiden war das Spital, aber es genügte einstweilen dem Bedürfnis, und — was den Missionsarzt noch besonders freute — es war aus den Einkünften der Arbeit ohne irgend eine finanzielle Beihilfe der Missionskasse erstellt. Dabei waren die Honorare, die von den Kranken gefordert wurden, mehr als bescheiden, und von der Regierung erhielt die ärztliche Mission keinen Pfennig außer den allerdings nicht kleinen Honoraren für Behandlung von Regierungsbeamten und Kaufleuten. In den nächsten Jahren machte sich das Bedürfnis nach mehr Raum geltend; so wurden 2 große Zimmer an beiden Enden angebaut. In die neuen Räume zogen auch moderne Ausrüstungsstücke für Operationen, für mikroskopische und chemische Untersuchungen ein, und es war eine Lust, nun frisch arbeiten zu können. Freilich mußte der Missionsarzt einsehen, daß an die Durchführung einer strammen Hausordnung nicht zu denken war. Nach etlichen fruchtlosen Versuchen, feste Ordnung zu schaffen, sah man ein, daß man da nur durchkommen könne, wenn man sich mit einem weiten Mantel der Liebe ausrüste, und daß man froh sein müsse, wenn es einigermaßen ordentlich und ehrbar zugehe. Das Reinhalten der Krankenräume war sowieso keine kleine Aufgabe. Das Krankenhäuschen wurde aber der unvergeßliche Ort, wo der Herr sich mir offenbarte.

Im Frühjahr des Jahres 1903 kam als sehr willkommene Ablösung der Missionsarzt Dr. Vortisch in Aburi an und übernahm Ende Mai die Arbeit. Mit aller Treue führte er sie weiter bis zur Wiederankunft des Schreibers im April 1905, dann reiste er nach Kamerun ab und führte dort die von Dr. Hey begonnene missionsärztliche Arbeit weiter. Schwere Erkrankung zwang ihn jedoch schon nach ein paar Wochen, die Heimreise anzutreten. Im Dezember

1906 reiste dann Dr Vortisch nach China. Dort wirkte er bis Januar 1913. Darnach übernahm er die Leitung einer Anstalt für Epileptische in Kork in Baden.

In die vierte Arbeitsperiode von 1905—1911, die dem Verfasser geschenkt wurde, fallen drei besondere Erweise von Gottes Güte und Gnade. Erstens ging kurz nach meiner Ankunft mein großer Wunsch, eine Krankenschwester zur Hilfeleistung zu bekommen, in Erfüllung, Schwester Sophie Hertlein[1]) trat in die Arbeit ein. Bis dahin war meine liebe Frau meine Assistentin gewesen und hatte ihr Möglichstes getan, aber dies mußte doch oft im Drange vieler anderer Arbeit geschehen, wie das nicht anders im Erholungshaus der lieben Missionsgeschwister zu erwarten war. Nun war die so sehnlich erwartete Hilfe endlich da und erwies sich als ganz vortrefflich. Nicht nur war ich nun von der zeitraubenden Arbeit des Medizinversands befreit, sondern, was noch viel wertvoller war, die Schwester konnte mich nun bei den öfters nötigen Gängen zu Negerfrauen begleiten und mir bei der Ausübung der Geburtshilfe vieles abnehmen, was ich sonst mühselig genug bisher selber auf mich hatte nehmen müssen. Was war es doch für eine Wohltat, daß nun Schwester Hertlein die Instrumente und Gerätschaften für den zu erwartenden Eingriff zurüsten und verpacken und dann mit mir auf dem Rad nach dem Dorf fahren konnte, wo die Hilfe begehrt war! Bei jedem Wetter, bei Tag und Nacht war sie zu solchen Gängen bereit. Die Nachbehandlung konnte ich ihr ruhig anvertrauen. Welche Wohltat war es auch, daß ich ihr die Vorbereitung der Operationen auf der Station selbst überlassen konnte. Viele Reisen zu Missionarsfrauen, die ihrer Entbindung entgegen sahen, hat die Schwester ausgeführt, und überall war sie hochwillkommen. Keine Arbeit war ihr zu viel; taktvoll und in jeder Beziehung tüchtig hat sie auch Haushaltungsarbeit mit Freuden getan. Sie war für die Missionsgeschwister eine ebenso zuverlässige Hilfe, wie für den Missionsarzt. Bis 1910 konnte Schwester Sophie ungehindert ihre Arbeit tun, und viel Segen hat Gott dem Geschwisterkreis und unsern schwarzen Brüdern und Schwestern durch sie gegeben. Im Jahre 1910 aber erkrankte sie an einem Lungenleiden, das ihre Heimkehr im Mai jenes Jahres dringend nötig machte. Gott hat ihr die Gesundheit wiedergeschenkt und sie ist als geschätzte Geburtshelferin und Wochenpflegerin noch unermüdlich tätig. Volle $4^1/_2$ Jahre hat sie mit ihrer ganzen Kraft der Mission auf der Goldküste gedient.

Eine zweite liebe Erfahrung erwuchs dem Missionsarzt in jenem Zeitabschnitt von 1905—1911 durch den leider zu lange hinausgeschobenen Kampf gegen den Alkoholismus. Die immer schwerer und häufiger zutage tretenden Schädigungen der Volksgesundheit durch den Alkoholgenuß stellten den Missionsarzt vor die Wahl, entweder eine ganz dringende Aufgabe, die ihm in erster Linie oblag, abzuweisen oder ohne Rücksicht auf die mit Sicherheit zu erwartenden äußeren und inneren Schwierigkeiten sie im Vertrauen auf den allmächtigen Gott aufzunehmen und in den Kampf gegen den furchtbaren Feind zu treten. Es galt denn auch, einigen passiven und auch offenen Widerstand von verschiedenen Seiten her zu ertragen und trotz-

[1]) Siehe Tafel 3.

dem das Ziel unentwegt im Auge zu behalten. Es ist hier nicht der Ort, von den geradezu entsetzlichen Verheerungen zu berichten, die dem Missionsarzt und dem Missionar vor Augen traten. Ich habe keine Ursache, auch nur ein Wort zu bedauern, das ich damals zu viel gesagt hätte, denn es waren höchst traurige Zustände. Es war aber ein Trost, eine ziemliche Anzahl überzeugter Mitarbeiter aus dem Volk zum Kampf gegen den als Volksfeind und als Feind des Reiches Gottes erkannten Alkohol sich zusammenschließen zu sehen. Manches gute Wort ist von ihnen gesprochen worden und auch jetzt, nach all den vielen Jahren besteht noch ein kleiner Blaukreuzverein und arbeitet so gut er kann.

Das Dritte, das Gott in jener Zeit dem Missionsarzt gab, war eine Erkundigungsreise nach dem Hinterland der Goldküste und dem damals noch deutschen Nord-Togo in den ersten Monaten des Jahres 1910. Wohl erfüllten sich die Hoffnungen auf den Anfang einer Missionsarbeit dort nicht. Auch der Plan des Missionsarztes, dort eine Arbeit anzufangen, wurde vereitelt. Die Liebe für die schwarzen Brüder jenes Gebietes läßt aber die Bitte nicht mehr verstummen: Dein Reich komme auch für die Stämme, die den drei Reisenden durch ihre Berührung mit ihnen unvergeßlich geworden sind.

Für die Reise waren die Missionare G. Josenhans und B. Groh und der Schreiber des Artikels bestimmt. Eine Einladung der Leitung der Bremer Mission in Togo, bei der Generalkonferenz ihrer Arbeiter, die unter dem Vorsitz von Inspektor Schlunk in Amedzowe tagte, zugegen zu sein, führte mich eine Woche vor dem Aufbruch meiner Reisebegleiter von Aburi fort. Es folgten ein paar sehr erquickliche Tage in gesegneter Gemeinschaft mit den Bremer Brüdern. Ich durfte ihnen auch mit ein paar Vorträgen über Tropenhygiene dienen. Dann kamen meine Reisebegleiter, und am 31. Januar brachen wir gemeinsam auf. Am 8. April traf ich wieder in Aburi ein. Das letzte Stück der Reise, von Atakpame bis Aburi, legte ich auf dem kürzesten Weg zurück, weil die Nachricht der Erkrankung von Schwester Hertlein mich zur Eile trieb. Die Ergebnisse der Reise sind außer in den amtlichen Berichten in einem kleinen Büchlein, das den Titel „Nord-Togo" trägt, und in ethnographischen und linguistischen Veröffentlichungen niedergelegt. Neben dem tiefen Eindruck von der dringenden Notwendigkeit der Arbeit der Mission im allgemeinen und der ärztlichen Mission im besonderen, hat mir die Reise ganz unerwartet das hohe Vorrecht eingetragen, den ersten Anfang zur Erhebung der bedeutensten der vielen Togosprachen, des Dagbane, zur Schriftsprache zu machen. Mit wachsendem Staunen erkannte ich, welch ein Wunder doch die Sprache sei. Dazu half mir der herrliche grammatikalische Bau, der sich bei der Bearbeitung des Materials mit jedem Tag in neuen Schönheiten mir erschloß. Wer hätte das gedacht, daß der Junge, auf dessen Rücken im französischen Unterricht der Stecken des Lehrers gar manches Mal niedersauste und in dessen Heft rote Striche leiterartig am Rande prangten, noch unter die Sprachforscher geraten werde? Was einem Menschen doch die ärztliche Mission alles eintragen kann!

In die Arbeitsperiode von 1905—1911 fällt noch eine unvergeßliche Arbeit: Es war am 10. Januar des Jahres 1908. Wir hatten eben die Hochzeit eines lieben Geschwisterpaares in Aburi fröhlich gefeiert, als ein Eilbote schweißtriefend von der Küste ankam. Er brachte die Meldung des Ausbruchs der Pest in Akra und die Bitte an den Missionsarzt, Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung und Behandlung der Krankheit zu geben. Sofortige Abreise war natürlich die Folge. In der Missionshandlung waren auch zwei verdächtige Fälle vorgekommen, die aber, wie sich herausstellte, keine Pest waren. Sonst aber herrschte ziemlich große Verwirrung in der ganzen Bevölkerung. Die Straßen zeigten das Bild einer Flucht ins Innere, bis sie dann gesperrt wurden. Der Missionsarzt bot sich der Regierung zur Hilfeleistung bei der Bekämpfung der Seuche an. Das wurde sofort mit Dank angenommen und ihm die Besorgung des Pesthospitals zugewiesen. Als die Fälle seltener wurden, bekam er den Auftrag, die Küste nach Osten hin nach Pestfällen abzusuchen und dann noch ins Inland zu reisen, von wo etliche verdächtige Todesfälle gemeldet waren. Ein paar Tage der Arbeit in Aburi folgten, die aber durch eine telegraphische Bitte abgebrochen wurden, schnellstens zur Bekämpfung der Pest, die in einem Dorf westwärts von Akra ausgebrochen war, an die Küste zu kommen.

Nach heißer, anstrengender Reise an der Küste entlang erreichten wir beim Dunkelwerden das Dorf. Es handelte sich um eine reine Lungenpestepidemie in dem etwa tausend Einwohner zählenden Dorf, der in knapp 14 Tagen etliche 50 Menschen zum Opfer gefallen waren. Dank der Willigkeit der Bewohner gelang es, die Epidemie sofort zum Erlöschen zu bringen. Das ganze Dorf wurde vollkommen verlassen, die Leute siedelten sich unter Bäumen in der Umgebung, aber in genügender Entfernung vom Dorf in luftigen Laubhütten an. Die schwer infizierten, völlig unhygienischen Hütten wurden durch Regierungsorgane, die mir beigegeben wurden, abgebrannt und das Dorf neu aufgebaut. Keine einzige Infektion kam mehr vor. Neun Leute, die bereits vor der Auswanderung infiziert waren, starben noch unter meiner Pflege. Die Lungenpest ist wohl eine der furchtbarsten Krankheiten mit ihrer hohen Mortalität (damals waren es 100 %) und der sehr großen Infektionsgefahr bei der Verpflegung der Kranken in geschlossenen Räumen.

Im Jahre 1910 trat ein neuer Missionsarzt, der Sohn eines Goldküstenmissionars, Dr. Theodor Müller in die Arbeit ein. Es war eine schöne Zeit gemeinsamen Schaffens bis zum Aufbruch zur Reise nach Nord-Togo, der eine Zeit treuer Fortführung des Werkes durch Dr. Müller folgte. Aber nur ein Jahr blieb er in Aburi, dann reiste er nach Europa. Schon nach einem halben Jahr kehrte er als verheirateter Mann zurück. Das war nun für den Verfasser das Zeichen zum Abschluß seines Dienstes. Ein paar Wochen nach dem Einzug der neuen Missionsarztfamilie schieden sich die Wege. Der Schreiber nahm Abschied von seinem Wirkungskreis, und Dr. Müller übernahm ihn mit seiner ganzen Kraft. Die Arbeit nahm unter seiner Leitung so bedeutend zu, daß der Gedanke, ein neues Krankenhaus zu bauen, das modernen An-

sprüchen genügen würde, ernstlich erwogen und bereits über Baupläße und Baupläne beraten wurde. Darüber brach das Jahr 1914 an. Dr Müller unternahm eine Untersuchungsreise nach Kamerun. Er konnte das, denn in den ersten Tagen des Jahres war ein weiterer Arzt in die Arbeit in Aburi eingetreten, Dr Huppenbauer, gleichfalls an der Goldküste geboren als Sohn des bekannten Missionars und späteren Direktors vom Kurhaus Palmenwald in Freudenstadt.

Ein halbes Jahr nach der Heimreise von Schwester Sophie Hertlein traten kurz nach einander zwei Schwestern in die Arbeit in Aburi ein, Adele Verdan aus der Westschweiz und Schwester Ottilie Schumacher aus Württemberg. Schwester Adele war seit Oktober 1908 bereits in Kamerun tätig gewesen und wurde nun auf die Goldküste versetzt. Die beiden Schwestern arbeiteten treulich, bis sie gesundheitshalber die Heimreise antreten mußten, Schwester Adele im April 1912, Schwester Ottilie im Jahre 1913. Die Stelle von Schwester Adele nahm einen Monat nach ihrer Abreise Schwester Emma Metzger ein. Ihr war es vergönnt, bis zur Internierung der Basler Missionare im Jahre 1917 in der Arbeit zu stehen. Gleichzeitig mit ihr landete auf der Goldküste Schwester Berta Oechsler. Ein Jahr lang war diese auf der Station Odumase tätig, im Jahre 1913 zog sie nach Aburi. Auch sie konnte bis ins Jahr 1917 dort arbeiten, darnach verheiratete sie sich mit Dr Huppenbauer. Im Dezember des Jahres 1912 endlich kam Schwester Clara Breuninger nach Aburi. Auch sie konnte in der Arbeit bleiben, bis sie sich im März des Jahres 1917, also kurz vor der Internierung, mit Missionar Grau verheiratete. Sie mußte den großen Schmerz erleben, daß ihr Mann bei einer Dienstreise ertrank. Sie steht jetzt im Dienst einer holländischen Missionsgesellschaft.

Dr Müller wurde auf der Heimreise vom Ausbruch des Krieges überrascht. Sein Dampfer wurde von einem französischen Kreuzer aufgebracht. Dr Müller hatte es nur einem englischen Passagier zu danken, daß er als Arzt freigegeben wurde. Er landete in Amerika und fand dort ein schönes Arbeitsfeld, wo er neben ärztlicher Tätigkeit noch als Pfarrer einer Gemeinde dienen, also wiederum ärztliche Mission treiben kann, wenn auch unter amerikanischen Verhältnissen und unter Weißen.

Dr Huppenbauer wurde mit den anderen Missionsgeschwistern im Jahre 1917 als Kriegsgefangener in England interniert, bis er endlich freigegeben wurde. Jetzt steht er schon viele Jahre in reicher Arbeit am Tropengenesungsheim des Deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen.

Jäh abgebrochen endete so, zusammen mit der Basler Missionsarbeit auf der Goldküste überhaupt, die noch junge ärztliche Mission. Es ist aber nicht ihr Tod gewesen, sondern nur eine durch höchste Hand gefügte zeitweise Stilllegung. Wie sich beim Stillstand des Pflanzenwuchses im Winter bereits die ersten Zeichen erwachenden Lebens finden, so auch hier. Denn für das Gebiet, das uns Gottes Güte auf der Goldküste gegeben hat, für Asante, ist bereits wieder die Errichtung einer ärztlichen Missionsstation beschlossen und ein Missionsarzt gewonnen, Dr Fritz, auch er der Sohn eines Basler

Missionars. Es wird auch von der ärztlichen Mission auf der Goldküste heißen: Ich werde nicht sterben, sondern leben und des Herrn Werk verkündigen; der Herr züchtigt mich wohl, aber er gibt mich dem Tode nicht.

Die Basler Missionare, die jetzt wieder auf der Goldküste im früheren Asante-Reich in der Arbeit stehen, haben der ärztlichen Mission kräftig vorgearbeitet. Sie haben, von allen Seiten darum angegangen, einer Menge von Kranken die Wohltaten vernünftiger Behandlung und Pflege zuteil werden lassen, und es wird ein frohes Schaffen anheben, wenn erst einmal der siebente Missionsarzt in die Arbeit eintreten kann. Die früheren Missionsärzte aber, denen der Dienst dort eine unvergeßliche und gewiß gesegnete Episode ihres Lebens bedeutet, werden in treuer Liebe und Handreichung hinter ihrem Nachfolger stehen. Sie kennen ja die Leiden und Freuden, die Schwierigkeiten und Hemmnisse der Arbeit und können darum voll und ganz teilnehmen an all dem, was ihr Nachfolger dort erleben wird. Der offensichtliche Segen, der bisher auf der Arbeit lag, wird das Werk auch ferner gedeihen lassen, sodaß es, in mehr als nur äußerlicher Hinsicht, ein Segen für das Volk der Goldküste werden wird.

II.

Der Dienst auf den Missionsfeldern

Ärztliche Mission im Morgenlande[1])

Von Sanitätsrat Dr. Grußendorf †

Es war wohl mehr als ein glücklicher Zufall, daß die Kaiserswerther Diakonissen ihr erstes außerdeutsches Arbeitsfeld gerade in der Stadt fanden, wo einst in der Blütezeit der orientalischen Kirche auch die altkirchliche Diakonie ihren Höhepunkt erreichte, nämlich in Konstantinopel. Dort standen, wie berichtet wird, z. B. dem großen Bischof Johannes Chrysostomus in seiner Gemeindearbeit mehr als 40 Diakonissen zur Seite, und das Diakonissenamt war so volkstümlich, daß selbst eine Kirche einer besonders angesehenen Diakonisse zu Ehren „Diakonissenkirche" genannt wurde. Diese Kirche ist, allerdings in eine mohammedanische Moschee umgewandelt, noch heute in Konstantinopel zu finden neben den verfallenen Resten der alten Wasserleitung des Kaisers Valens.

Es war im Jahr 1846, da bildete sich in der türkischen Hauptstadt ein deutsch-evangelischer Wohltätigkeitsverein, der es sich vor allem zur Aufgabe machte, ein Krankenhaus zu begründen. Man trat auch gleich an die damals kaum ein Jahrzehnt lang bestehende Diakonissenanstalt in Kaiserswerth heran mit der Bitte, Diakonissen als Pflegerinnen für dieses erste deutsche Auslandskrankenhaus zur Verfügung zu stellen. Th. Fliedner war weitblickend genug, um diese Bitte nicht abzuschlagen, obwohl seine Anstalt noch sehr klein und arm war und es an Aufgaben für seine Diakonissen auch in Deutschland selbst nicht fehlte. Aber wo er weiter gesteckte Ziele, höhere Zwecke sah, da mußte er sich und seine Arbeit ihnen zur Verfügung stellen, um an ihnen selbst zu wachsen. Er war sich bewußt, daß gerade hierdurch seinem jungen, schwachen Werke in der Heimat neue Anregung, neue Freunde gewonnen würden, daß der Diakonissensache dadurch gleich der nötige weltweite Blick gegeben werde. Und darum sagte er zu. Das sollten auch wir heute bedenken, wenn wir angesichts der vielen Armut und Hilfsbedürftigkeit in Deutschland selbst in Gefahr kommen, das Interesse an der Mission da draußen zu verlieren. Im letzten Grunde ist solche Verzagtheit, die sich auch tief in christliche Kreise eingeschlichen hat, doch nichts anderes als ein Mangel an christlichem Idealismus. Ihn zu erhalten und wiederzugewinnen, bietet aber gerade

[1]) Vortrag in Hannover Frühjahr 1924. Bald darauf, am 21. April 1924, wurde San.-Rat Dr Grußendorf, der hervorragend tüchtige frühere Chirurg von Jerusalem, auf einer ärztlichen Berufsfahrt durch einen Auto-Unfall bei Rotenburg (Hann.) jäh aus dem Leben gerissen. Es ist uns eine wehmütige Freude, mit Erlaubnis der Witwe diesen Artikel aus seiner Feder bringen zu dürfen.

die Arbeit für die Mission die beste Gelegenheit. Sie führt unsre Gedanken hinaus aus der Enge des eignen Kummers und weitet den Blick wie kaum ein anderes Werk.

Sechs Kaiserswerther Diakonissen zogen also 1846 hinaus in die Weltstadt am Bosporus. Dort haben sie in großem Segen gearbeitet an Vertretern der verschiedensten Völker der Erde, die dort in buntem Durcheinander zusammentreffen, übrigens nicht am wenigsten auch unter Deutschen aller Konfessionen und Stände, wenn sie dort in der Fremde krank und hilfsbedürftig wurden. Und nicht bloß die kranken Körper haben sie gepflegt in selbstvergessener Treue, sondern auch mancher hilfsbedürftigen Seele aus Gottes Wort Trost und Kraft gespendet. Als ich selbst im Jahre 1910 zum ersten Male auf der Durchreise von Palästina dort einkehrte, war die Zahl der in Konstantinopel stationierten Schwestern auf über 40 angewachsen; die Zahl der altkirchlichen Diakonissen zur Zeit des Chrysostomus war also erreicht. Es war damals gerade der Bau eines besonders schönen Kinderkrankenhauses fertiggestellt, ein rechtes sonniges Kinderheim, in dem für Leib und Seele der Kinder gleich trefflich gesorgt wurde von Schwestern, die für diese Arbeit besonders ausgebildet waren. Aber nicht weniger standen auf der Höhe der Zeit die großen Abteilungen der chirurgischen und inneren Station, in denen alljährlich über 2000 Kranke verpflegt und von hervorragenden Ärzten behandelt wurden, sodaß unter allen Krankenhäusern Konstantinopels das deutsche zweifellos an erster Stelle stand. Ganz unvergeßlich ist mir der wunderbare Blick aus den schmucken, lichten Krankensälen, an den sich auch mancher der im Weltkrieg dort aufgenommenen deutschen Soldaten noch wohl erinnern wird. Von ihren Betten aus konnten die Kranken tagtäglich in immer neuer Beleuchtung diesen Blick auf die unvergleichlich schönen Ufer des Bosporus und des Marmarameeres genießen. Wer in Konstantinopel alles das sah, was christliche Liebe und guter deutscher Geist dort in der fremden Weltstadt geschaffen hatte, der konnte nur einstimmen in das Lob, das zahllose Patienten und Besucher in dankbarer Erinnerung diesem Hause gespendet haben. So schrieb Dr. Herm. Dalton in seinen Reisebildern aus Griechenland und Kleinasien: „Die Kaiserswerther Diakonissen erfüllen im Orient seit Jahrzehnten nun schon eine Mission von tiefgreifender Bedeutung, der evangelischen Kirche zu reichem Segen, dem deutschen Vaterlande zum nachhaltigen Ruhm.“ Ich stehe nicht an, die Arbeit dieser unserer Schwestern, zumal dort im Orient, zu den bedeutendsten Leistungen der deutschen evangelischen Kirche zu rechnen. Sie geschieht so geräuschlos, ohne viel Aufhebens, in stiller aufopferungsfreudiger Liebestätigkeit, daß man daheim sie fast übersieht, aber ihre Segensspuren dringen tief, tief ein in die verschlossene geheimnisvolle Welt des Ostens. Dort stehen sie seit Jahrzehnten nun schon an der Schwelle des Mohammedanismus, die Predigt des Kreuzes im Herzen und eifrig, im steten Wandel vor Gott mit sanftem und stillem Geiste unter den Völkern des Halbmondes von der Herrlichkeit des Evangeliums zu zeugen in der köstlichen Weise, wie sie dem Weibe geziemt. Hierin liegt zugleich die

Kaiserswerther Diakonissen-Krankenhaus in Jerusalem
Wirkungsstätte des San.-Rats Dr. Großendorf †

Aufnahme Paul Hommel, Stuttgart Mit Erlaubnis der Buchhandlung der Diakonissen-Anstalt Kaiserswerth

Sanitätsrat Dr. Grußendorf
gest. 21. 4. 1924

Frl. Dr. Clara Swain, die erste Missionsärztin, nach Indien ausgesandt 1860

Araberjunge mit Oberarmbruch, kam falsch behandelt vom Fellachendoktor in die Behandlung von San.-Rat Dr. Grußendorf

Chinese mit großer Halsverletzung, geheilt im Tungkuner Missionsspital (Dr. Schwend)

beste Antwort auf mancherlei bemängelnde Kritik gerade auch von deutscher Seite, die es nicht verstehen konnte, daß die wertvollen Kräfte unserer deutschen Diakonissen im Auslande eingesetzt würden, wo es doch in der Heimat selbst noch so viel Not zu lindern gäbe. Solche Kritiker gab es sogar in Konstantinopel selbst. Fliedners Nachfolger P. Joh. Disselhoff erzählt: Gelegentlich seines Besuches bei den dortigen Schwestern machte ihm ein hoher Herr der deutschen Botschaft ähnliche Vorhaltungen, worauf Disselhoff ihm entgegnete: „Durchlaucht, auch unsre deutschen Brüder in der Fremde machen Ansprüche auf unsre Hilfe." Doch der hohe Herr wußte es besser und fiel ihm ins Wort: „Ach was, wer konstantinopolitanisch gelebt hat, mag auch konstantinopolitanisch sterben."

Nun, die Schwestern haben ihren Posten in Konstantinopel nicht eher verlassen, als bis der Zusammenbruch Deutschlands 1918 sie wie alle andern Deutschen Konstantinopels von der Stätte ihres 72jährigen Wirkens vertrieb. Möge die Zeit nicht mehr fern sein, wo diese Arbeitsstätte, die gegenwärtig von einer amerikanischen Wohltätigkeitsgesellschaft verwaltet wird, deutschen Ärzten und Schwestern zurückgegeben wird, damit sie fernerhin ein Zeugnis der Tat ablegen können für die Höhe deutscher Kultur und den Segen christlicher Nächstenliebe.

Von der zweitältesten Stätte deutscher ärztlicher Mission im Morgenlande, von Jerusalem kann man ja heute schon die frohe Kunde melden, daß seit 1924 im dortigen Diakonissenhospital,[1]) an dem ich selbst 15 arbeitsfrohe und -reiche Jahre wirken durfte, die Arbeit der Kaiserswerther Schwestern nach 4jähriger Unterbrechung wieder aufgenommen werden konnte.

Mehr noch als die Arbeit in Konstantinopel waren die Kaiserswerther Anstalten Jerusalems aus ureigentlich missionarischen Beweggründen hervorgegangen, wie auch alle die vielen andern Wohltätigkeitsanstalten und Liebeswerke der heiligen Stadt in der Absicht gegründet wurden, das heilige Land für die Sache Jesu wiederzugewinnen. Doch nicht wie einst in den Kreuzzügen mit bewaffneter Heeresmacht, sondern wie in einem friedlichen Kreuzzuge mit den Waffen des Geistes suchen die christlichen Völker Europas seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts Palästina für das Christentum zurückzuerobern, dem das Land in den ersten nachchristlichen Jahrhunderten bis zum kriegerischen Einbruch der Mohammedaner bereits völlig gehörte, wovon noch unzählige Ruinen aus der Byzantinerzeit im West- und namentlich im Ostjordanland Kunde geben. Den Anlaß für den Beginn der Kaiserswerther Mission in Jerusalem bildete ein persönliches Zusammentreffen Th. Fliedners mit dem Jerusalemer evangelischen Bischof Gobat in England. Gobat, der Inhaber des damals in Jerusalem bestehenden englisch-preußischen Bistums, sprach Fliedner gegenüber den dringenden Wunsch aus, daß doch recht bald Kaiserswerther Diakonissen auch in der Not des heiligen Landes mithelfen möchten. Diese Not hatte ihre Ursache nicht bloß in der

[1]) Siehe Tafel 4 und 5

allgemeinen türkischen Mißwirtschaft, die auf allen Bewohnern, den Mohammedanern, Christen und Juden in gleicher Weise lastete. Durch die furchtbaren Einfälle der Perser und Araber, dann der Türken, waren natürlich die kleinen Christengemeinden, kümmerliche Reste der im 5. und 6. nachchristlichen Jahrhundert noch blühenden orientalischen Kirche, welche die größten Kirchenväter zu ihren Gliedern zählte, weitaus am meisten bedrängt. Größer noch als die wirtschaftliche Not war die geistige Verelendung dieser Gemeinden, die sich zwar trotz der furchtbaren, alles vernichtenden Einfälle der wilden Horden Mohammeds und tausendjähriger Bedrückung durch die Mohammedaner kümmerlich am Leben erhalten hatten, vom Christentum aber fast nur noch den Namen behielten und im Denken und Handeln auf eine heidnische Stufe herabgesunken waren. Auf die Hilfe für diese bedauernswerten Glaubensgenossen hatte sich also in erster Linie die abendländische Mission zu erstrecken, umsomehr als direkte Mohammedanermission von der türkischen Regierung streng verboten war und auch bis heute noch in der Türkei trotz papierner Religionsfreiheit auf den Übertritt zum Christentum die Todesstrafe gelegt ist. Übrigens erscheint nach den bisherigen Erfahrungen mit der Mohammedanermission die Predigtmission im ganzen wenig aussichtsvoll. Der durchweg sehr religiöse und vielfach gelehrte Koranbeter kennt oft die Bibel ganz gut, wenn auch zum Teil wohl in entstellter Form. Jesus ist ihm ein großer Prophet wie Abraham, Mose, Elias und David. Der Mohammedaner gibt sogar zu, daß Jesus der einzige sündlose Mensch war, der über die Erde gegangen ist. Aber eine persönliche Stellung zu ihm hat er nicht, wie er auch seiner Kreuzigung und Auferstehung völlig verständnislos gegenübersteht. Alles Disputieren über die Religion, das er bei der ihm natürlichen Redegewandtheit sehr liebt, wird ihm das Wesen dieser Grundgeheimnisse des christlichen Glaubens schwerlich näher bringen. Fühlte er sich im religiösen Zwiegespräch wirklich einmal überwunden, so sagte er wohl ganz gelassen und höflich: „Das Recht ist durchaus auf deiner Seite, du hast dir alles gut einstudiert," aber tiefinnerlichen Eindruck auf ihn macht wohl nur der Beweis wahrer Nächstenliebe im Leben und Handeln der Christen. Denn dazu bekommt er keinen entschiedenen Antrieb aus seiner eigenen Religion. Wenigstens haben wir es in Palästina immer wieder erfahren, daß es der Not des Nächsten gegenüber in der Regel bei schönen Worten blieb, allenfalls kam es auch einmal zu mitleidsvollen Klagen. Aber zu mutiger, pflichttreuer, selbstloser Tat schwingt sich der mohammedanische Fatalismus nicht auf. Die ärztliche Mission ist also gerade dort in der allergünstigsten Lage, denn sie kann sich mehr als jede andere Missionsform auf die Ausübung christlicher Nächstenliebe beschränken. Was kann und will sie anders sein, als ein Pionier des Christentums durch Liebestätigkeit, durch Abhilfe der leiblichen Not der Kranken, Blinden, Aussätzigen? Dazu aber war in Palästina reichlichste Gelegenheit. Denn durch seine Unkultur ist Palästina reich an Krankheiten aller Art, weil zu den hier bei uns heimischen Krankheiten, die dort auch alle mehr oder weniger vorkommen, noch die be-

sonderen Krankheiten warmer Länder sich hinzugesellen. Vor allem aber trieb das Heer der Seuchen, in Europa durch großzügige Hygiene längst in Schranken gehalten, dort unter türkischer Mißwirtschaft noch ziemlich ungestört sein Wesen. Als Fliedner im Frühjahr 1851 mit seinen 4 Diakonissen nach 6 Wochen langer Segelschiffahrt — heute macht man mit dem Ozeandampfer die Reise in ebensoviel Tagen — endlich auf der Reede vor Jaffa anlangte und den Boden des heiligen Landes betrat, da lag zwischen ihnen und dem Ziel der Reise, Jerusalem, noch eine zweitätige Landreise, die diese Pilger, weil es Eisenbahn und Postkutsche damals noch nicht gab, auf Esels Rücken zurücklegen mußten. Esel sind im Orient ja bis heute noch ein viel benütztes Lasttier, und erst seit dem Weltkrieg ist vielfach das Lastauto an ihre Stelle getreten. Auch wir pflegten in Palästina eintägige Landtouren und die Kinder ihre Schulausflüge vorwiegend auf Eseln zu machen; doch dieses Tier hat seine Tücken und das Reiten muß natürlich auch erst gelernt sein, sonst treten schon nach 1—2stündigem Ritt erhebliche Beschwerden ein, sodaß man lieber nebenher läuft als weiterreitet. Zwei Tage lang als Neuankömmling durch die Schluchten des heißen Kalkgebirges Judäas zu reiten ist eine ungeheure Strapaze und dazu noch nicht einmal ungefährlich. Denn die zigeunerähnlichen arabischen Einwohner des Landes müssen von dem Reisenden schon sehr ortskundig behandelt werden, sonst werden sie nicht bloß ungemein lästig, sondern direkt gefährlich. Schneller erzählt im Boten aus Zion einmal eine in dieser Hinsicht sehr lehrreiche Geschichte: Er wollte das Örtchen Jata 3 Stunden südlich von Hebron besuchen, wo nach Ansicht einiger Kenner des Landes und der Bibel die Geburtsstätte Johannes des Täufers zu suchen ist. Ehe er auf beschwerlichen Saumpfaden sein Reiseziel erreichte, bemerkte er nahe am Wege eine größere Höhle, vor welcher ein uralter Olivenbaum stand. Er wollte sich in dem kühlen Schatten etwas ausruhen und begab sich in die Höhle, vernahm aber bald hinter sich ein leises Geräusch und Geflüster. Als er sich umwandte, sah er draußen vor der Höhle einen Haufen bewaffneter Männer, die alsbald zornig auf ihn eindrangen. „Du verfluchter Christenhund, du hast das Grab unsres Heiligen entweiht, du bist ein Kind des Todes oder zahlst uns 2000 Franken Buße," und damit packten sie ihn auch, rissen ihm die Kleider auf und fuchtelten mit ihren Krummsäbeln. Aber Schneller war zum Glück kein Unkundiger und konnte arabisch sprechen wie ein Eingeborener. Er lachte ihnen also ins Gesicht und sagte: „Ihr Dummköpfe, meint ihr, ich sei ein landfremder Mann und kennte euch nicht! Ist es nicht die größte Schmach bei den Arabern, einen Gast, der euch besuchen will, so schlecht zu behandeln? Wo ist euer Schech?" Verdutzt trat ein hochgewachsener, weißbärtiger Mann vor: „Ich bin's". „Wie heißt du?" fragte ihn Schneller sogleich. „Abdallah." „Nun, Abdallah, Gott erleuchte dich und gebe dir ein langes Leben! Gebiete sogleich deinen Leuten, daß sie mich loslassen, denn ich bin heute als dein Gast gekommen, um eine Tasse Kaffee bei dir zu trinken". Der Schech erwiderte denn auch sofort: „Er hat recht, laßt ihn los." So lief die ganze Sache

friedlich aus. Aber wehe dem Neuling, der kein Wort arabisch spricht und sich solchen Halunkenstreichen nicht gewachsen zeigt. So kann ich es mir lebhaft vorstellen, wie viel Fliedner auf seiner ersten Landreise durch Palästina an Belästigungen von seiten der Eingeborenen zu erdulden hatte, ganz abgesehen von der Mühsal des langen Rittes. Umso größer war die Freude und Dankbarkeit der kleinen Schar, als sie am Abend des zweiten Tages auf der alten Römerstraße die Höhe des Gebirges erreichten und zum ersten Mal das Bild der heiligen Stadt im Abendsonnenglanz vor sich hatten. Aus der Ferne nimmt man ja all den Schmutz und die üblen Gerüche einer orientalischen Stadt nicht wahr, und das helle Licht des Orients umgibt das Ganze mit einem unvergleichlich malerischen Schein, so ist besonders das Stadtbild Jerusalems inmitten der felsigen Berglandschaft ein außerordentlich schönes mit seinen Türmen, Minaretten und Kuppeldächern aus weißem Kalkstein.

Die Arbeit begann zunächst in einem kleinen Mietshause innerhalb der alten Stadtmauer in der Nähe des Jaffatores recht klein und unscheinbar. Im ersten Kaiserswerther Diakonissenhospital in Jerusalem, das zugleich auch die Anfänge einer Mädchenerziehungsanstalt barg, standen zunächst nur 2 Krankenzimmer zur Verfügung, eins für Männer, eins für Frauen, die noch dazu nur durch einen Vorhang anstatt durch eine Türe voneinander getrennt waren. Ein deutscher Tischler des Spittler'schen Brüderhauses, das wenige Jahre vorher in Jerusalem gegründet war, sollte sogleich eine Flügeltür anbringen, aber das Holz war damals in Jerusalem ein rarer Artikel. Es dauerte geraume Zeit, bis er sich von einem in Jaffa gestrandeten Schiffswrack die benötigten Bretter verschafft hatte. Zum Glück strömten ja auch in den ersten Wochen die Kranken nicht gleich in Scharen herbei. Die Mohammedaner überlegten es sich anfangs sogar sehr, ob sie den Töchtern der Hundesöhne, wie sie die Schwestern nannten, überhaupt ihre Kranken anvertrauen sollten. So waren die ersten Patienten ein deutscher Handwerksbursche und 2 abessinische Frauen. Zu diesen gesellte sich bald eine Negersklavin, die von ihrem Herrn, einem mohammedanischen Effendi, verstoßen war. Aber gerade diese vierte Patientin war wohl der Anlaß, daß die stolzen Mohammedaner schnell ihr Vorurteil verloren und bald die größten Freunde des deutschen Hospitals und Bewunderer der Diakonissenarbeit wurden. Es ist ja auch begreiflich, wie wohl sich so ein armer Kranker fühlen mußte, wenn er daheim auf seiner Matte am Boden gelegen hatte ohne sachkundige Hilfe und Pflege und nun auf einmal von allem Unrat und Ungeziefer befreit, reinlich gebettet und sorglich verpflegt, sachgemäße ärztliche Hilfe bekam. Wenn nun die Mohammedaner unumwunden ihre Hochachtung darüber aussprachen, daß die von ihnen doch sonst mit großer Geringschätzung angesehenen Frauen ein solches Werk vollbrachten, benutzten natürlich die Schwestern die Gelegenheit, auch den ganz ungebildeten Mohammedanerinnen eine bessere Bildung zu wünschen, was auch schließlich nicht die Wirkung verfehlte. Natürlich war im Anfang dafür das Verständnis gleich Null. Ein Effendi war einmal so unhöflich, daß er einer Schwester ant-

wortete: „Wirst du auch deine Eselin unterrichten?" Andere gaben der Schwester in orientalischer Höflichkeit vollständig recht, bedauerten nur, daß die Sitte dem Mohammedaner ein Gleiches verbiete. Einer wich aus und parierte durch Schmeichelei. „Ja, Schwester, du bist eine große Prieste-rin, damit lassen sich andere gewöhnliche Frauen nicht vergleichen." Aber als ich 50 Jahre später im Diakonissenhospital Jerusalems wirkte, hatte sich schon manches in dieser Hinsicht gewandelt. Bereits seit 10 Jahren war die ärztliche von der Erziehungsmission räumlich getrennt in einem stattlichen Bau außerhalb der alten Stadtmauer auf der sogenannten Gottfriedshöhe, wo sich die meisten anderen Europäerwohnungen und Anstalten befanden. Es gab auch schon eine mohammedanische Mädchenschule, an der christliche Lehrerinnen unterrichteten. Die Fellachen und Stadtbewohner hatten sich längst an die reinlichen Betten des Hospitals gewöhnt, nur bei den Söhnen der Steppe und Wüste, den Beduinen, erlebten wir's noch, daß sie, an ihr Bett geführt, es vorzogen, sich unter dasselbe zu legen. Auch äußerlich war die Arbeit inzwischen sehr gewachsen.

Insbesondere war es uns eine große Freude, daß wir durch unsere chirur-gische Arbeit den armen Fellachen helfen konnten. Der junge syrische Kollege, der unter der Aufsicht eines älteren deutschen Arztes in der Zeit zwischen dem Ausscheiden meines Vorgängers aus dem Amte und meiner Ankunft den ärztlichen Dienst, so gut er konnte, versehen hatte, riet mir, mit der Vor-nahme von Operationen nur ja recht zurückhaltend zu sein, sonst würde das Krankenhaus bald leer stehen. Aber bei näherer Rücksprache mit den Schwe-stern schien mir's doch, als ob diese Abneigung der Einwohner gegen Opera-tionen nicht unüberwindlich sein würde, und ich habe dann auch später ganz ähnlich wie Dr. Schweitzer in Afrika die Erfahrung machen dürfen, daß wohl nichts so sehr geeignet ist, das Herz der Eingeborenen und ihr volles Ver-trauen zu gewinnen, als gerade die Wohltaten, die man als Chirurg den hilfs-bedürftigen Kranken erweisen kann. Dr. Schweitzer bemerkt hierzu in seinem Buche „Zwischen Wasser und Urwald": „Bisher verliefen alle Operationen glücklich. Dies steigert das Zutrauen der Eingeborenen in einer für mich er-schreckenden Weise. Am meisten imponiert ihnen die Narkose."

Die Hauptkrankheit der Palästinenser von heute ist zweifellos die Ma-laria, sie ist es anscheinend auch schon in biblischen Zeiten gewesen. Heute ist sie in gleicher Weise über das ganze Land verbreitet. Wir finden sie nicht bloß in den sumpfigen Niederungen der Küstenebene, des Kison- und Jor-dantales, sondern auch auf den wasserarmen staubigen Felsenhöhen des Ge-birges Juda und in Jerusalem. Hier finden die Anophelesmücken beständig günstige Lebensbedingungen besonders dadurch, daß infolge der Wasser-armut unter jedem Hause, im Garten und auf freiem Felde Zisternen an-gelegt sind, in denen während der 6 Monate der winterlichen Regenzeit möglichst viel Regenwasser aufgefangen wird. Will man die Malaria erfolg-reich bekämpfen, so gilt es vor allem, den Mücken die Lebensmöglichkeit zu rauben. Nur eine lückenlose Assanierung der Stadt und des ganzen Landes

kann mit Aussicht auf sicheren Erfolg die Einwohner Palästinas von dieser Seuche befreien.

Sowohl die Geisteskrankheiten als auch die leichteren Störungen des Bewußtseins gelten in Palästina selbst heute noch als Besessenheit und werden demgemäß mit Geisteraustreibung behandelt. Dabei geht es keineswegs sanft zu. Mit Anschreien, Anspucken, Schlagen, das zuweilen in gründliches Verprügeln, ja Totschlagen ausartet, wird dabei vorgegangen. Der damit beschäftigte Schech oder Zauberdoktor trägt dabei ein sehr gemessenes, sicheres Auftreten zur Schau, wodurch natürlich der Glaube des Kranken und seiner Umgebung aufs günstigste beeinflußt wird. Eine ärztlich geleitete Irrenanstalt gab es zu meiner Zeit in Palästina noch nicht. Als ein trauiger Ersatz dafür anzusehen war wohl ein gewisser heiliger Ort in der Nähe von Hebron, El Chadr genannt. Hierher brachten namentlich die Mohammedaner schwer zu behandelnde Geisteskranke, die sie dort mit eisernen Ketten um den Hals an das Heiligtum festschmiedeten. Bei nacktem Leibe blieben dann die Kranken der Gluthitze des Sommers wie der größten Winterkälte ausgesetzt und möglichst schlecht ernährt, damit dem bösen Geist der Aufenthalt im Kranken recht bald verleidet werde. Hin und wieder kam ein Schech und las den Armsten aus dem Koran vor.

Viel besser war für die relativ geringe Zahl der Aussätzigen Palästinas — vor dem Krieg etwa 400 Personen — gesorgt, seitdem die Herrnhuter Brüdermission in den 70er Jahren das Asyl Jesushilfe bei Jerusalem begründete. Die meisten lebten in Jerusalem und seiner nächsten Umgebung bei ihren Angehörigen und saßen tagsüber bettelnd an den Hauptstraßen. Ein Zwang zur Internierung bestand zu türkischer Zeit nicht. Die Ansteckungsgefahr des Aussatzes schien auch in Palästina eine sehr geringe zu sein. Auch in den 50 Jahren des Bestehens des Herrnhuter Asyls war kein einziger Fall von Übertragung auf Ärzte, Schwestern oder Wartepersonal vorgekommen, trotz der täglichen nahen Berührung mit den Kranken z. B. beim Verbinden der vielen Wunden. Gerade an diesen Elendesten unter den Kranken und oft ganz verkommenen Menschen hat sich der sittlich veredelnde Einfluß der christlichen Liebestätigkeit aufs deutlichste gezeigt. Im Asyl lernten Mohammedaner, Christen aller Konfessionen und gelegentlich auch Juden im täglichen Leben in Frieden und Freundlichkeit miteinander verkehren. An die Stelle von krasser Selbstsucht und absoluter Gefühllosigkeit mit dem Leid anderer, welche oft gerade diese seelisch entarteten Menschen auszeichnete, war vielfach Brudersinn und Aufopferungsfähigkeit getreten, und in entschieden gläubiger Annahme des Christentums hat mancher Trost und Kraft zum Ertragen seines unheilbaren Leidens und vollen Frieden der Seele gefunden.

Den jüngsten Zweig deutscher ärztlicher Mission in Palästina bildet wohl das ungefähr um die Jahrhundertwende im Rahmen der Arbeit des syrischen Waisenhauses begründete Blindenheim zur Aufnahme der vielen Unglücklichen, die meist durch die ägyptische Augenkrankheit in früher Kindheit

ihres Augenlichtes beraubt wurden und hier nun christlich erzogen und für einen nützlichen Lebensberuf vorbereitet werden.

Schließlich muß ich noch auf ein anderes, Palästina benachbartes Arbeitsfeld der ärztlichen Mission mit einigen Worten hinweisen, auf das ebenfalls von Kaiserswerther Diakonissen geleitete Johanniterkrankenhaus in Beirut.

Im Jahre 1861, kurz nach der blutigen Christenverfolgung im Libanon, wurde an der syrischen Küste zunächst in Sidon von deutschen Johanniterrittern ein Hospital, allerdings nur für männliche Kranke, eingerichtet, da hier gerade unter den Flüchtlingen Typhus und andere Krankheiten fürchterlich wüteten. Als der größten Not abgeholfen war, wurde dies Krankenhaus 1862 nach Beirut, der großen aufblühenden Handelsstadt am Fuße des Libanon, verlegt und die Samariterarbeit weitergeführt, anfangs in gemietetem Hause. Dann aber wurde 1866 ein eigenes Haus erbaut auf sonniger luftiger Höhe, freundlich und einladend für jeden Deutschen, der sich zur See von Norden oder Süden kommend der viel besuchten Hauptstadt des Bezirks Libanon näherte. Eine wunderbare Fernsicht auf das ewigblaue Meer und landeinwärts auf den fast bis zur Mitte des Sommers noch schneebedeckten Gipfel des alten Libanon entzückte den Besucher ebenso wie der Genuß des in tropischer Üppigkeit prangenden Blumenflors und der Fruchtgärten in unmittelbarer Umgebung des Hauses, wie man's auch im Orient selten zu sehen bekam. Solche Umwandlung aus einst ödem, kahlem Felsboden geht natürlich auch im Orient nicht ohne viel Mühe und Schweiß vor sich. Monatelang mußten Felsen gesprengt und fruchtbares Erdreich in Eselslasten aus benachbarten Dünen herbeigeschafft werden, wo dasselbe von 10—15 Fuß hohem Flugsand im Laufe der Jahrhunderte überdeckt war. Aber so hatte schließlich deutsche Kolonisation — wie so oft in der Welt — aus der Einöde ein Paradies geschaffen, das schon rein in seiner örtlichen Lieblichkeit gesundend auf die vielen Tausende von Kranken wirken mußte, die hier von deutschen Schwestern durch 6 Jahrzehnte aufopferungsvoll gepflegt wurden. Denn damit auch Frauen und Kindern die Wohltat christlicher Krankenpflege zuteil werden konnte, schloß der Johanniterorden 1867 mit Kaiserswerth einen Vertrag ab, nach dem 4 Diakonissen die Pflege im Johanniter-Hospital übernahmen, deren Zahl sich im Laufe der Zeit auf 10 erhöhte. Im deutschen Sinne nicht ganz befriedigend war bis zuletzt die Arztfrage im Beiruter Krankenhaus gelöst. Seit 1871 wirkten nämlich dort, zunächst wegen Mangels angesehener deutscher Ärzte, amerikanische Missionsärzte, die zugleich Professoren an der Medizinschule einer amerikanischen Missionsgesellschaft, dem Syrian Protestant College, waren. Da die entschieden christliche Weltanschauung dieser Ärzte der Krankenhausleitung sympathisch und ihr erstklassiger ärztlicher Ruf für das Krankenhaus zweifellos von großem Vorteil war, so konnte sich der Johanniter-Orden, dem für die Beiruter Arbeit nur beschränkte Geldmittel zur Verfügung standen, nicht entschließen, dies Verhältnis zu lösen, obwohl von deutschen Ärzten, die sich später dort

niedergelassen hatten, wiederholt Protest gegen diese Bevorzugung ausländischer Ärzte eingelegt wurde. Wer vorurteilsfrei die Situation beurteilte, mußte allerdings zugeben, daß das an Ort und Stelle selbst vorhandene Ärztematerial in den Augen der Bevölkerung als vollwertiger Ersatz für die hochangesehenen Amerikaner nicht in Betracht käme. Es hätten dann schon in jeder Beziehung durchaus gleichwertige Fachleute von Deutschland extra dorthin berufen werden müssen. Dazu hätte aber, damit auch in missionarischer Hinsicht die Arbeit nicht Schaden litte, eine angeregte Missionsgemeinde in Deutschland für die Sache werbend dahinter stehen müssen. Sollte aber in absehbarer Zeit der Tag kommen, wo diese deutsche evangelische Arbeit uns aus den Händen der Franzosen zurückgegeben würde, so wäre es meines Erachtens Pflicht gerade der missionsärztlichen Vereine in Deutschland, dahin zu wirken, daß im Sinne der ärztlichen Mission dieser Posten in Zukunft auch mit deutschen Missionsärzten besetzt würde. Das Tübinger Institut ist ja längst bestrebt, nicht nur eine allgemein ärztliche Ausbildung seiner Missionsmediziner zu vermitteln, sondern auch geeignete Kräfte zu tüchtigen Fachärzten für den missionsärztlichen Dienst in den Tübinger Kliniken und anderen Krankenanstalten heranbilden zu lassen. Daß unter unseren jungen Missionsärzten wissenschaftlich hervorragend begabte Kräfte nicht fehlen, mag ohne weiteres die Tatsache lehren, daß sich bei der Januar 1922 erfolgten Preisverteilung der von Eduard Woermann gestellten Preisaufgabe „Über die praktischen Maßnahmen zur Steigerung der Geburtenhäufigkeit und Herabsetzung der Kindersterblichkeit" unter den Verfassern der 4 besten Arbeiten 3 der ärztlichen Mission angehörten.

Missionsärzte sind auch fast die einzigen ärztlichen Auslandsposten, die uns geblieben sind und die wieder Einlaß in uns sonst verschlossene Teile der Erde finden. Den deutschen Missionsgesellschaften öffnen sich eben die Türen wieder wie früher, und es ist daher von außerordentlicher Wichtigkeit, daß Hand in Hand mit ihnen die deutschen Ärzte wieder einziehen.

Ein besonderes Kapitel der ärztlichen Mission im Morgenlande bildet die Arbeit unter den Armeniern, worauf ich nur noch kurz eingehen kann. Bekanntlich standen gerade deutsche Missionskreise der Deutschen Orientmission und des Hülfsbundes für christliches Liebeswerk, von D. Lepsius und P. Lohmann geleitet, unter den Helfern dieses unglücklichen Christenvolkes mit an erster Stelle, als jene furchtbaren Gemetzel in den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts ausbrachen. Dabei kam es auch zur Gründung von 4 Stationen ärztlicher Mission in Anatolien und zwar in den Städten Wan, Mezereh, Urfa und Marasch, wo deutsche Missionsärzte und Pflegerinnen in großem Segen gearbeitet und viel Not gelindert haben. Daß Deutschland dafür gerade viel Dank von den Armeniern geerntet hätte, darf man kaum behaupten. Aber es wäre andrerseits ungerecht, wollte man nicht verstehen, wie schwer solche Dankbarkeit auf seiten der Armenier entstehen konnte angesichts unsrer politischen Freundschaft mit den Türken, dem Todfeind dieses armen Volkes. Man darf sich auch nicht

wundern, daß sich in den Armeniern infolge ihrer verzweifelt unglücklichen Geschichte mancherlei minderwertige Charaktereigenschaften entwickelt haben, wie das wohl jeder erfahren hat, der näher mit diesem hochintelligenten, liebenswürdigen Volke in Berührung gekommen ist, das aber infolge brutaler Unterdrückung und Mißhandlung durch ein ihm an Intelligenz bei weitem nicht gewachsenes Siegervolk seelisch verderbt ist. Man darf wohl sagen, je begabter ein Volk ist, desto sicherer wird es durch brutale Unterdrückung verdorben. Drum ging wohl in Palästina die Rede: Ein Grieche betrügt 3 Araber, ein Jude 3 Griechen und ein Armenier 3 Juden.

Doch ich muß Sie zum Schluß noch auf das jüngste Feld der deutschen ärztlichen Mission im nahen Osten, nach Ägypten führen.

Nur mit Aufgaben der ärztlichen Mission unter Mohammedanern beschäftigt ist die Sudan-Pionier-Mission, welche in Assuan in Oberägypten im Jahre 1906 ihre Arbeit begann, und daselbst unter der Leitung des Deutsch-Schweizers Dr. Fröhlich 9 Jahre sehr erfolgreich gearbeitet hat, bis der Weltkrieg die Arbeit stillegte. Zuerst waren Arbeitsräume und -geräte höchst primitiv, wie das ja allerorten dem Beginn der ärztlichen Arbeit in der äußeren Mission beschieden zu sein pflegt. Dr. Fröhlich mußte seine ersten Staroperierten in einem kleinen dunkeln Raume dicht an der Straße unterbringen, den vordem Inder als Kramladen benutzten. Es vermehrt die Mühen und Sorgen oft beträchtlich, wenn die Arbeit nach europäischen Begriffen von Ordnung und Reinlichkeit geleitet werden soll, aber es erhöht auch bis zu einem gewissen Grade die Freude und Befriedigung über das Gelingen der Arbeit, wenn man sieht, es läßt sich auch ohne glänzende Operationssäle und vollkommen eingerichtete Laboratorien etwas Gutes leisten. Welche Befriedigung schafft gerade unter solchen Umständen das glückliche Gelingen der ersten Operationen. Davon weiß auch Dr. Schweitzer aus Zentralafrika köstliche Proben zu geben, da er für seine ersten Operationen und die Poliklinik-Sprechstunde nur einen alten Hühnerstall zur Verfügung hatte, dessen Dach so undicht war, daß Schweitzer bei der Arbeit beständig den Tropenhelm tragen mußte, um sich gegen die gefährlichen Strahlen der tropischen Sonne zu schützen.

Aber unter liebevoller, gewissenhafter Pflichterfüllung wuchs die Arbeit in Assuan beständig und damit erweiterten und vervollkommneten sich auch immer mehr die Arbeitsräume. Zu Poliklinik und Krankenhaus gehört auch ein Warteraum, dessen Anlage unter den Mohammedanern für beide Geschlechter unbedingt getrennt sein muß. Ja nicht bloß Männer und Frauen wollen getrennt sitzen, am liebsten auch jeder einzelne Stand für sich allein. Aber da ist es ein besonderes Verdienst der ärztlichen Mission, daß sie ausgleichend auf übertriebene konfessionelle, nationale und Standesunterschiede wirkt, was am ungezwungensten dadurch geschieht, daß zur Verkündigung des Evangeliums, wozu immer Gelegenheit geboten wird, ein gemeinsamer Raum für alle Poliklinikbesucher benutzt wird. Schließlich besaß Dr. Fröhlich in außerordentlichem Grade das Vertrauen der Mohammedaner, die von

weit her zu ihm herbeiströmten. Als einmal sogar ein hochstehender ägyptischer Beamter aus Kairo die weite Reise zu ihm machte und Fröhlich seiner Verwunderung darüber Ausdruck gab, daß er zu ihm komme, während ihm doch in Kairo so viele erstklassige europäische Augenärzte zur Verfügung ständen, gab er die Antwort: „Ich weiß, du hältst dich zu deinem Gott, und darum hält sich auch dein Gott zu dir." Ich meine diese Antwort war ganz bezeichnend für die starke Religiosität des Mohammedaners und gibt uns Christen auch sonst allerlei zu denken.[1])

Die Entsendung der Kaiserswerther Diakonissen nach Ägypten geschah nicht wie die nach Palästina und Syrien in erster Linie, um unter den Einwohnern des Landes Mission zu treiben, vielmehr gleichzeitig und in enger Verbindung mit der Gründung deutsch-evangelischer Gemeinden daselbst, zunächst in Alexandrien, wo der Beginn der Diakonissenarbeit und die Gemeindegründung zusammenfällt ins Jahr 1856. Jeder, der den Orient und insbesondere Ägypten kennen gelernt hat, weiß, wie wenig sittlicher Ernst im Leben einer orientalischen Handelsstadt zu finden ist, wie stark die Versuchungen sind und wie groß die Gefahr des völligen Untergehens in Sitte und Unsitte des moslemischen Morgenlandes mit seinem für viele bestrickenden Zauber. Dazu kommen die gesundheitlichen Gefahren eines subtropischen Klimas, einer ungewohnten Lebensweise, die Schwierigkeit für alleinstehende junge Kaufleute, in kranken Tagen irgendwelche angemessene Pflege zu erlangen. So war der Boden nicht bloß für die Arbeit eines Krankenhauses sondern auch zu umfangreicher weiblicher Liebestätigkeit gegeben, und der Erfolg: Das Aufblühen des Krankenhauses, die baldfolgende Gründung eines zweiten Krankenhauses in Kairo. Die Ausdehnung der Gemeindepflege hat dem weitschauenden Entschluß Fliedners auch hier recht gegeben. Neben dem Zeugnis des Gotteswortes durch den Mund des Pfarrers ist allein schon das Vorhandensein dieser edlen und reinen weiblichen Arbeit ein Zeugnis gegen die Sittenverderbnis. Als ein Beweis dafür möge z. B. die Tatsache dienen, daß die Zahl der vorher so häufigen wilden Ehen jetzt ständig zurückging und bald ganz verschwand. Nicht nur die alleinstehenden weiblichen Personen, die dort als Erzieherinnen und Dienstboten vielfach Stellung suchten, auch verheiratete Frauen erbaten häufig den Rat einer erfahrenen, landeskundigen Schwester. So war das Krankenhaus auch für viele Gesunde eine rechte Heimstätte, und an den Sonntagnachmittagen zogen stets zahlreiche Besucher durch das gastliche Tor.

Wer wie ich den Vorzug hatte, die würdige Vorsteherin des Alexandrinischen Krankenhauses bei wiederholten Besuchen auf der Durchreise und auf einer gemeinsamen Seereise nach Deutschland näher kennen zu lernen, konnte mit Genugtuung feststellen, wie sie ebenso groß war in ihrem Verständnis für die Seele der Eingeborenen, von denen alljährlich viele Tausende die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch nahmen, wie für die besondere

[1]) Seit 1926 haben Dr. Kallenbach und Frl. Dr. Herzfeld die Arbeit in Assuan wieder aufgenommen.

Lage ihrer jüngeren Landsleute in der fremden Weltstadt. Kein Wunder, daß sie so einem großen Kreise eine mütterliche Freundin wurde und Gegenstand allgemeiner Verehrung von Eingeborenen und Europäern, wie sich das bei jeder Gelegenheit immer wieder zeigte. Das war natürlich auch auf den andern Stationen der Kaiserswerther Orientarbeit nicht anders; und die hohe Anerkennung, die unsre Schwestern weit über den Kreis der deutschen evangelischen Gemeinde hinaus fanden, war mir stets eine besondere Genugtuung, und das beliebte Gerede von der größeren Tätigkeit der katholischen Nonnen hielt dort bei vollkommen freiem Wettbewerb vor der Wirklichkeit und der öffentlichen Meinung nicht stand.

Besonders erfreulich war es auch zu sehen, wie die Arbeit der Kaiserswerther Schwestern im Orient bei aller Entschiedenheit im eigenen Glauben, und so sehr sie eine Stütze des evangelischen Gemeindelebens waren, doch nirgends die Trennung der Deutschen verschiedener Konfession gemehrt hat. Vielmehr wirkte sie unzweifelhaft, wie es ja auch in der Natur dieser Arbeit wie überhaupt der ärztlichen Mission liegt, überall als ein interkonfessionelles Band für alle Deutschen. Darum steuerten auch stets Deutsche ohne Unterschied der Konfession bei zur Unterhaltung des Krankenhauses, sicherlich in hohem Grade ein Vorbild für uns in der Heimat, denen die Neuordnung auch gerade der kirchlichen Verhältnisse so manche Sorge macht. So erfreut sich das Krankenhaus und seine Arbeit allgemeiner Anerkennung. Dankbare frühere Pfleglinge kehren wieder und wieder ein; bestimmte Feste vereinigen zahlreiche Gäste aus den angesehensten Kreisen im freundlichen Heim der Schwestern, woraus sich denn auch freier geselliger Verkehr zwischen den Schwestern und vielen Familien ergibt, der sich natürlich auf die Familien beschränkt, die im Gemeindeleben stehen. Wir Deutschen in der Heimat können somit nichts sehnlicher wünschen, als daß nicht bloß recht bald jene Stätten evangelischer deutscher Arbeit im Auslande uns recht bald zurückgegeben werden, sondern daß der Eifer für die ärztliche Mission wieder lebhaft angefacht werde im deutschen Lande, damit bald noch recht viele ähnliche Häuser erstehen in fremden Ländern. Nicht am wenigsten dürfte das auch im Interesse unsrer Heimatkirche sein, damit auch der kirchliche Zusammenhang der Auslanddeutschen mit der Mutterkirche möglichst lebhaft aufrecht erhalten werde zu Gottes Ehre und unseres Volkstums wahrer Größe.

P.S. Im Jahre 1927 unterhielten 6 britische Missionsgesellschaften in Palästina mit Hilfe von 15 Missionsärzten 11 Hospitäler in folgenden 10 Städten: Ammann, Es Salt, Gaza, Haifa (2), Hebron, Jaffa, Jerusalem, Nablus, Nazareth, Tiberias.

(Schriftl.)

Ärztliche Pionierarbeit in Ägypten

Von Dr. med. Kallenbach, Sudan-Pioniermission

Die Verhältnisse, unter denen die Sudan-Pioniermission als einzige deutsche Missionsgesellschaft unter den Mohammedanern Oberägyptens auf den Stationen Assuan, Darau und Koschtamme arbeitet, sind eigenartig und außergewöhnlich schwierig.

Als Bewohner des Landes sind in erster Linie die Ägypter und die Nubier zu nennen. Die Ägypter stellen, soweit sie dem Islam angehören, ein buntes Völkergemisch dar; von einer Rasse ist nicht zu reden. Europäer- und Negerblut fließt jetzt in den Adern der Nachkommen der Beduinenstämme, die einst im Niltal angesiedelt wurden. So kam in einer Paschafamilie zu aller „Entsetzen" ein schwarzes Kind zur Welt. Die Nubier, ein seit Jahrtausenden in seiner Heimat seßhaftes uraltes Volk, sind ziemlich rein geblieben; in der Umgebung von Assuan haben sie sich jedoch auch oft vermischt. Als drittes Volk kommen die Bischarin in Betracht, die Beduinen der Wüste zwischen Nil und Rotem Meer. Sie sitzen ebenfalls schon seit Jahrtausenden in ihrem Gebiet und wurden von der islamischen Völkerwanderung nicht berührt. In Assuan haben sie ein besonderes Dorf. In dessen Nähe liegt eine ausgedehnte Niederlassung von Sudan-Negern. Eine besondere Stellung nehmen die Kopten ein, die Nachkommen der alten Ägypter, die infolge ihrer altchristlichen Religion unvermischt geblieben sind. Als Verkehrssprache dient in erster Linie Arabisch, ferner Nubisch und Bischarisch. Nur wenige Nubierfrauen, und noch weniger Bischarinfrauen verstehen Arabisch. Während bei den Nubiern fast alle Männer die arabische Sprache beherrschen, ist das bei den Bischarin nicht der Fall. Noch ein Volksstamm ist zu erwähnen, das sind die Ababte, Verwandte der Bischarin, die jedoch die arabische Sprache sprechen.

Die Bevölkerung Ägyptens lebt hauptsächlich von Landwirtschaft. Nördlich des Staudammes von Assuan liefern die Felder jährlich 4 bis 5 Ernten. Tag und Nacht sind, heute genau so wie gewiß schon vor 3000 Jahren, die Schöpfräder im Gange, von Ochsen und Kühen in Bewegung gesetzt, um das Nilwasser in die der Bewässerung der Felder dienenden Kanäle zu heben. Ohne Rast und Ruh arbeiten die Leute, und ihr Sang erfüllt die Luft. In der Umgebung von Assuan wird nur streckenweise Landbau getrieben, in den nördlich davon gelegenen Dörfern jedoch bedeutend mehr als in den südlicheren Ortschaften. Etwa 6 Kilometer südlich von Assuan beginnt der Stausee, dessen Fluten das Fruchtland das ganze Jahr bedecken mit Ausnahme der

3 bis 4 Monate, in denen das Wasser abgelassen wird. Das ist die Zeit, in der infolge des starken Regenfalles in Abessinien der Nil steigt und die Tore des Staudammes geöffnet werden müssen. Aus dem See ragen da und dort noch die Dattelpalmen als das einzige Grün, das weit und breit zu sehen ist. Eine tiefe Tragik liegt auf den Bewohnern dieses Gebietes, dem Volk der Kenussi, das wohl nun 4000 Jahre hier ansässig ist und zäh an seiner Heimat festhält. Ihre Dörfer haben sie auf die Berge hinaufgerettet, dort liegen sie zwischen dem Stausee und dem Fels und Sand der Wüste. Das Land kann die Bevölkerung nicht mehr ernähren. So müssen die Männer in Mittel- und Unterägypten, wo sie als zuverlässige Arbeiter sehr geschätzt sind, ihren Lebensunterhalt verdienen. Für die Sommermonate kehren viele von ihnen vorübergehend in die Heimat zurück, da die Arbeitssaison in Ägypten in die Winterzeit fällt. Viele bleiben aber auch das ganze Jahr, ja oft lange Jahre, dort unten. So kann es kommen, daß man in Dörfern von etwa 500 Menschen nur etwa 20 Männer findet, alle anderen Bewohner sind Frauen und Kinder. Zahlreiche Nubier haben ihre Familien bereits nach Ägypten mitgenommen; viele haben eine Frau dort und eine Frau hier in ihrem Dorf; bei weitem die meisten aber lassen ihre Weiber in den Dörfern ihrer für uns so trostlosen, für sie so schönen Heimat, an der sie mit großer Liebe hängen. Unsere Station Koschtamne liegt mitten in diesem Gebiet.

Wenn ein Fremder während der Wintermonate eine Vergnügungsreise durch dieses Land unternähme und dann seine Ausflüge im Boot und auf Eselsrücken beschriebe, würde er sicherlich zu einem andern Urteil kommen als wir auf unsern Dienstreisen. Wir lernen die Tücken des Nils kennen, ob er nun tobt — dies besonders im Bereich des Stausees — oder ob stundenlang Windstille herrscht, sodaß man festsitzt; wir kennen die Ritte durch die Wüste über Sand und Stein bei einer Sommerhitze, die die Vorstellung erweckt, daß man sich in einem Backofen befindet. Für uns bedeutet das immer ein Stück Hingabe persönlicher Kraft. Zweimal in der Woche besuchen wir von Assuan aus diese Dörfer, um Poliklinik zu halten und das Evangelium zu verkündigen. Im Juni planen wir wieder eine große Missionsfahrt mit unserem Motorboot, um die Dörfer südlich des Staudammes zu besuchen. Diese Fahrt wird etwa 2 bis 3 Wochen dauern. Für uns kommt nur diese Zeit in Betracht, da dann die Männer zurück sind, wenn auch gerade in dem Monat die Strapazen und die Gefahren der Sonnenbestrahlung besonders groß sind. Im letzten Jahr saß ich einmal nur für kurze Zeit ohne den Schutz des Tropenhelms unter dem Sonnenzelt unseres Segelbootes; darauf wurde ich drei Tage derartig elend, daß ich nichts genießen konnte, ohne es sofort wieder zu erbrechen, nicht einmal Wasser, obgleich mich der Durst quälte. Dabei bestanden starke Kopfschmerzen. Seitdem behalte ich sogar unter dem Sonnensegel den Tropenhelm auf. Ich erwähne das alles nur, um anzudeuten, daß unsere Berufsreisen alles andere sind, als eine Vergnügungstour.

Die ärztliche Arbeit der Sudan-Pioniermission in Assuan, die unter der

Führung von Dr. Fröhlich in schönster Blüte stand, wurde durch den Krieg jäh unterbrochen. Erst am 1. September 1926 konnte sie von mir wieder eröffnet werden. Die Tätigkeit in Koschtamme wurde im Herbst 1927 durch Frl. Dr. med. Herzfeld begonnen, nachdem im vorhergehenden Winter und Frühjahr die Krankenschwester Charlotte Wolter (jetzt Frau Missionar Rippert) vorgearbeitet hatte. So steht unsere Arbeit jetzt überall erst im Beginn des Wiederaufbaus. In Assuan haben wir eine sehr gut besuchte Poliklinik und ein kleines Hospital, das jetzt so voll ist, daß die Leute ihre eigenen Betten mitbringen müssen. Die Verhältnisse in Koschtamme, etwa 120 Kilometer südlich von hier, werden stets schwierig bleiben, wenn wir uns auch mit dem Gedanken tragen, sie durch Errichtung einer nach europäischen Begriffen eingerichteten Station nach Möglichkeit zu bessern. Frl. Dr. Herzfeld hat sehr viel außerhalb ihrer Station zu tun und ist oft unterwegs, sei es im Segelboot oder zu Esel. Diese oft sehr weiten und zeitraubenden Touren stellen hohe Anforderungen an die persönliche Kraft und Ausdauer. In unserem ganzen Gebiet und bis tief in den Sudan hinein sind Frl. Dr. Herzfeld und ich die einzigen Missionsärzte.

Die ärztliche Versorgung Ägyptens durch die Regierung gestaltet sich in unserm Bezirk folgendermaßen: In Kom Ombo, etwa 7 Kilometer nördlich von Darau, befindet sich ein Hospital, eine Augenstation und ein Hospital für Bilharzia- und Ankylostomiasiskranke. Hier in Assuan besteht ein Regierungshospital; eine Augenstation ist im Bau. Zur Winterszeit war bis jetzt ein sogenanntes fliegendes Augenhospital hier, das sich in Zelten befand. Dieses wird in Zukunft wegfallen. Im Kenussigebiet liegt bei Dirr ein Hospitalschiff, das sich zeitweise auch länger bei Alagi aufhält. Diese Orte liegen 130—150 Kilometer südwärts von Assuan. Außer diesen Hospitälern mit ihren Ärzten befindet sich in Assuan noch ein von der Regierung angestellter Arzt für die Stadt und den Bezirk Assuan, desgleichen in Kom Ombo und in Dirr. Alle diese Ärzte haben einen Vorgesetzten, der ebenfalls in Assuan wohnt. Freie praktische Ärzte in unserem Sinn gibt es nicht. Die Hospitäler sind gut ausgestattet. Sie haben ihre eigenen Apotheken. Außer diesen besteht nur im Winter hier in Assuan eine von einem Engländer betriebene Apotheke, die in der Hauptsache für die Fremden bestimmt ist. Doch gibt es hier im Suq (Bazar) einige gangbare Arzneimittel, darunter Jodkali, zu kaufen.

Man kann den Anordnungen und Einrichtungen der ägyptischen Regierung seine Bewunderung nicht versagen. Jedoch zeigt es sich im einzelnen, wie lähmend der Islam wirkt, und wie notwendig dieses Land das Christentum braucht. Wenn auch eine kurze oder oberflächliche Betrachtung die Schäden nicht sehen sollte, so sind sie trotzdem da, die großen und tiefen Schäden, die nur durch den Glauben an Jesus Christus zu beheben sind. Die sehr starke Inanspruchnahme des ärztlichen Missionsdienstes durch die Landesbewohner zeigt, daß durch ihn tiefgefühlten Bedürfnissen Rechnung getragen wird.

Die bekanntesten Missionshospitäler befinden sich in Tanta, Old Kairo und Shebin el Qanatir. Diese liegen alle in Unterägypten. In Mittelägypten ist das Hospital in Assiut zu nennen. Oberägypten ist bis jetzt am schlechtesten versorgt. Die Hospitäler in Tanta, Beni Suef und Assiut gehören der amerikanischen United Presbyterian Mission. Wenn ich recht unterrichtet bin, will sie auch in Luxor ein großes Hospital bauen. In Tanta stehen 2 Ärzte und 5 Schwestern, in Assiut 3 Ärzte und 8 Schwestern in der Arbeit. In Old Kairo, das der Church Missionary Society gehört, arbeiten 5 Ärzte und 8 Schwestern. Dieselbe Mission hat in Menouf noch ein Hospital mit 2 Ärzten. Die englische Egypt General Mission besitzt das Hospital in Shebin el Qanatir mit 1 Arzt, 1 Ärztin und 4 Schwestern. Alle diese Hospitäler verfügen noch über einen großen Stab von eingeborenen Gehilfen, die zum Teil die Laboratoriumsarbeiten ausführen.

Die amerikanische Missionsgesellschaft hat das größte Missionswerk in Ägypten. Sie arbeitet fast nur unter den Kopten und hat eine ganze Anzahl von Gemeinden, die von eingeborenen Pfarrern versorgt werden. Sie ist die einzige, deren Gebiet sich bis nach Oberägypten erstreckt. Hier ist sie unsere Nachbarin. Die Grenze liegt in Edfu, das wir vor dem Kriege besetzt hielten und an sie abgetreten haben. Unser Gebiet beginnt südlich von Edfu und umfaßt zurzeit alles südwärts gelegene Land mit Einschluß des Kenussigebietes. Hier arbeiten wir allein; nur eine kleine Gemeinde sogenannter protestantischer Kopten besteht hier in Assuan selbst. Das sind Kopten, die durch die Amerikanische Mission gewonnen worden sind. Doch sind alle diese Kopten-Gemeinden ohne jede missionarische Stoßkraft, da die Mohammedaner nur höchst ungern das Evangelium von ihnen hören. So haben wir uns nach dem Krieg noch nicht dazu entschließen können, irgendwelche Kopten dauernd als Gehilfen anzustellen. Die Hoffnung der Amerikaner, durch die Gewinnung der Kopten besser an die Mohammedaner herankommen zu können, hat sich bis jetzt nicht erfüllt und wird sich wohl auch nie erfüllen.

Liebe, Freundlichkeit, ärztliches Verantwortungsgefühl und Können entscheiden das Schicksal einer ärztlichen Praxis. Das trifft in diesem Lande in gesteigertem Maße zu. Naturgemäß ist die Arbeitsleistung stark abhängig von den äußeren Einrichtungen und der instrumentellen Versorgung. So muß es auch unser Bestreben sein, unsere Einrichtungen in diesem Sinne auszubauen und alle Möglichkeiten von Verbesserungen auszunützen, um das zerstörte Werk des alten Hospitals der Sudan-Pioniermission wieder aufzubauen.

Wenn ich jetzt einiges von unsern rein ärztlichen Problemen, die sich aus der Praxis ergeben, berichte, so muß ich bemerken, daß die Zeit noch zu kurz ist, als daß etwas Grundlegendes und Abschließendes gesagt werden könnte. Vielmehr sind wir noch inmitten mancher Probleme, von denen ich hier einiges sagen möchte.

Zunächst ist das Klima zu besprechen. Im allgemeinen herrscht die Ansicht, daß es im Sommer sehr heiß und im Winter klimatisch paradiesisch

schön ist. Ersteres ist ohne weiteres zuzugeben, letzteres bedarf der Berichtigung. Daß dieses notwendig ist, zeigen die sehr häufigen Darmkatarrhe, die unter den Eingeborenen, aber auch unter den Europäern, zumal unter den frischangekommenen auftreten. Zahlreiche Lungenentzündungen, Bronchialkatarrhe, Halsentzündungen, rheumatische Beschwerden zeigen Gefahren an, über die ein meist blauer Himmel und eine lachende Sonne den Neuankömmling zunächst hinwegtäuschen können. Alle diese Krankheiten treten sowohl im Sommer wie im Winter auf, jedoch im Winter in bedeutend gesteigertem Maße. Die Ursache liegt zunächst in der starken Abkühlung in der Nacht, die bis 20 ° C. und mehr betragen kann. Der Rat, den man meist Europäern erteilen muß, mit einer Leibbinde zu Bett zu gehen, wird oft unter Hinweis auf die Wärme abgelehnt. Die klimatischen Darmkatarrhe sind dankbare Objekte der Behandlung, wenn die Patienten sich zur Leibbinde entschließen können, ohne dieselbe jedoch sind sie langdauernd und schwierig zu beseitigen.

Die Temperatur beträgt im Winter meist zwischen 15—26 ° C., im Sommer durchschnittlich 40—50 ° C. im Schatten.

Besondere Gefahren scheinen in dem Verhältnis von Wind und Temperaturen von 24—38 ° C. zu liegen, weil dann der, dem es an Erfahrung oder an Selbstzucht fehlt, seinen stets schwitzenden Körper gern dem abkühlenden Wind aussetzt. Dabei sitzen diese Leute ruhig und ohne Bewegung und verstärken so die abkühlende Wirkung, die zunächst eine sehr angenehme ist. Der Körper mit seinem Schweiß gleicht einem feucht umwickelten Thermometer, dem durch den Wind eine beträchtliche Menge Wärme entzogen wird. Kürzlich hat ein Patient, der mit Ischias hierher kam, seinen glänzenden Heilerfolg durch die Nichtbeachtung dieser einfachen physikalischen Tatsache stark in Frage gestellt.

Bei den Temperaturen über 38 ° C. hinaus ist diese Vorsicht um so weniger notwendig, je höher die Temperatur steigt, da bei der gleichzeitig steigenden Trockenheit der Luft die Körperfeuchtigkeit stets von der Wärme mehr und mehr aufgesaugt wird. Besonders gefährlich sind die Übergangszeiten von Anfang November bis etwa Mitte Dezember und der Monat März, da in diesen Zeiten die Temperaturen täglich sehr schwanken und die Umstellung des Körpers und die Gewöhnung sich recht schwierig gestalten.

Die hohen Sommertemperaturen, die sich zwischen 40 und 50 ° C. im Schatten bewegen, im Hochsommer meist zwischen 45—50 ° und mehr betragen, verursachen eine starke Blutschädigung. Wir haben eine Abnahme des Hämoglobins bis auf 30 % feststellen können, sowie eine weitgehende Verminderung der roten und weißen Blutkörperchen. Schädigungen des Herz- und Gefäßsystems, des Blutes und der Nerven sind die Folge der klimatischen Gefahren, denen man ausgesetzt ist. Im ersten Jahr merkt man meistens noch nichts, doch das zweite Jahr kündigt die Gefahren an, die sich, um nur einiges zu nennen, mit Druckgefühl in der Herzgegend, Bedürfnis nach Luft, Schlaflosigkeit, schneller Erregung anzeigen können.

Wieweit der Widerstand im Sommer gegen Infektionen herabgesetzt ist,

Dr. Kallenbach im Hof seines Krankenhauses Assuan (Oberägypten)

Bergerholungsstation für Missionare in Kuling, China, Prov. Kiangsi

Krankentransport zum Missionsspital Madschame (Dr. Puff) Ostafrika

Moderner Krankentransport in Ostafrika
Massaifrauen bei der Ankunft in Madschame am Kilimandjaro

entzieht sich noch der Beurteilung. Doch scheint die sehr starke Sonnenbestrahlung eine große Hilfe für den Menschen darzustellen durch die Abtötung der Mikroben. In die Häuser kann die Sonne allerdings nicht hinein, da diese möglichst von den Zimmern ferngehalten wird. So ist die Sonnenhilfe nur eine bedingte. Das Zusammentreffen von Blutarmut, die oft durch das Klima bedingt und sehr hochgradig sein kann, und Infektion beschäftigt uns stark. Im allgemeinen kann man schon jetzt feststellen, daß die Infektionen im Sommer bösartiger sind als im Winter, die Tuberkulose erfährt eine bedeutende Verschlimmerung zur Sommerszeit. Die Kindersterblichkeit ist in der Sommerhitze geradezu enorm, Familien, die 7, 9, 14 Kinder verloren haben, sind keine Seltenheit. Die völlige Unwissenheit bezüglich der Kinderernährung und die schlechte Hygiene tragen zu einem großen Teil Schuld an dieser traurigen Tatsache. Es gibt immer noch Leute, die meinen, daß die der Natur nahestehenden Menschen ein hohes Maß von Weisheit besäßen betreffs ihrer Ernährung. Leider ist das, wie wir jeden Tag feststellen können, in das Reich der Märchen zu verweisen.

Die Ernährung wird zunächst von ganz festen Faktoren vorgeschrieben, denen sich die primitiven Menschen fügen müssen, in erster Linie von der Bodenbeschaffenheit. In der Landschaft nördlich von Assuan haben die Leute hinreichend Gelegenheit, sich Gemüse zu bauen resp. zu verschaffen. Als Gemüse dienen in der Hauptzeit des Jahres Gerra, eine Gurkenart, die man gekocht genießt, Badindschan, eine runde, etwa faustgroße Frucht, die in Scheiben geschnitten und gebacken wird, Moluchia, ein faden- und schleimziehendes Gemüse, an dessen Geschmack, wie an den der Bamia, man sich erst gewöhnen muß. Außer diesen rein ägyptischen Gemüsen gibt es noch Spinat, Tomaten und verschiedene grüne Salatsorten. Dazu kommen in den Monaten Dezember bis Februar noch europäische Gemüse, wie Kraut, Wirsing, Blumenkohl, Bohnen, rote und gelbe Rüben. Kartoffeln gibt es ebenfalls zur Winterszeit. Da diese teuer sind, kommen sie als Volksnahrungsmittel nicht in Betracht. Das Brot ist aus Durra, einer Art Hirse, bereitet. Der Genuß dieses Brotes ist für uns Europäer nicht zu empfehlen, da es reichlich Beimengungen von Sand aufweist. Zuweilen ist etwas Weizen darin enthalten, doch ist das nicht die Regel. An Obst gibt es im Sommer Melonen und Feigen; im September die Datteln, letztere sind eine Hauptnahrung. Zitronen und Bananen werden von einzelnen gebaut, doch wird die Hauptmasse importiert, desgleichen die Apfelsinen. Südlich von Assuan ist das Bild ein ganz anderes. Nur eine Ernte kann hier eingebracht werden. Der Ernährung dienen vorwiegend Durrabrot, getrocknete Moluchia und Bamia. Frische Gemüse, sowie frische Früchte fehlen ganz. Als Genuß- und zugleich Nahrungsmittel wird starker schwarzer (chinesischer) Tee mit sehr reichlich Zuckerzusatz getrunken. Bei unsern Reisen sahen wir häufig Leute, die auf der Wanderung von einem Dorf zum andern ihren Zuckerhut von 5 bis 10 Pfund über die Schulter gehängt mit sich trugen. Man kann sagen, ohne diesen Zuckerhut geht kein Nenussi auf Reisen. Der Tee ist

schwarz wie Tinte und hat eine Stärke, daß man schon mehr als eine schlaflose Nacht davon bekommen kann. Oft ist Tee, Zucker und Durrabrot die einzige Nahrung, die man sogar schon den kleinen Kindern reicht. Ich habe Kinder von 3, 4, 5 Jahren in der Klinik gehabt, die aussahen wie ein halbverhungertes Kind von 1 Jahr. Da brauche ich wohl nicht zu sagen, in welchem Ausmaß die Rachitis auftritt. Wie dringend notwendig brauchten wir da eine Höhensonne. Wann werden wir sie bekommen?[1]) Die Not ist groß und das Elend unbeschreiblich.

Neben dem Auftreten der starken Anämien, der Rachitis usw. haben die Menschen aus dem Kenussiland derartig schlechte Herzen, daß schon kleine Eingriffe sie der Gefahr tagelang anhaltender schwerster Herzschwäche aussetzen, die große Anforderungen an die Pflege stellt. Wir bereiten, nachdem wir diese Erfahrungen gemacht haben, die Leute südlich von Assuan, aber auch arme Leute nördlich von Assuan mit Optarsoninjektionen vor und legen bei ihnen besonderen Wert auf frische Gemüse usw. Eingehendes kann ich zur Zeit noch nicht berichten. Soviel läßt sich jedoch schon sagen, daß das Optarson ein gutes Mittel zur allgemeinen und auch besonders zur Herzstärkung ist. Wir verwenden jetzt nur noch reine Äthernarkose ohne jegliches Chloroform.

Neben den Fragen, die von seiten des Klimas und der Ernährung sich ergeben, beschäftigt uns auch stark das völlige Fehlen jeglichen Verständnisses für persönliche Hygiene. Das Aufflammen des Trachoms in den Monaten Januar und Februar zeigt uns immer wieder, wie bedenklich es ist, daß die Leute die gleichen Kopftücher benutzen, um ihr Gesicht gegen die „Kälte" zu schützen. Die Augen der kleinen Kinder sind besonders im Herbst und Frühjahr mit vielen Fliegen bedeckt, ohne daß diese abgewehrt werden. Wir haben hier 2 Fliegenarten, die eine entspricht unserer Stubenfliege, die andere, kleiner und zierlicher als jene, ist, möchte man sagen, geradezu auf die Augen abgerichtet. Sie sind die Überträger der schweren eiterigen Augenentzündungen, wie man sie glücklicherweise in Europa nur selten zu sehen bekommt. Die Fliegen sind eine Plage Ägyptens, und wenn die Sonne nicht beispielsweise die achtlos in den Hof hingeschütteten Ruhrstühle bescheinen würde, wären die Folgen nicht auszudenken. Ohne mich in Einzelheiten verlieren zu wollen, möchte ich 2 Fälle berichten, die ich bei 2 hochgradig tuberkulösen Leuten erlebte. Der eine hatte sich auf meinen Rat einen Spucknapf angeschafft. Ich hatte natürlich ein Gefäß mit einem Desinfiziens gemeint. Als ich nach Wochen in sein Haus kam, fand ich einen Spucknapf mit Sand, in den er hineinspuckte, worauf er mit den Fingern etwas Sand herausnahm und das Sputum bedeckte. So griff der Patient immer in den völlig durchfeuchten Sand. Vor 3 Tagen wurde ich wieder in jenes Haus gerufen, um festzustellen, daß noch ein anderer Hausbewohner tuberkulös

[1]) Das Deutsche Institut für ärztliche Mission in Tübingen sammelt gern für diesen Zweck. Postscheck 529 Stuttgart.

erkrankt war. In dem zweiten Fall spuckte der Patient kurzerhand unter die Matten des Fußbodens, die er dazu stets aufhob. Man denke sich, auf diesen Matten sitzt nicht nur der Patient, sondern alle Besucher. Es ist noch ein langer mühevoller Weg zurückzulegen, bis die Leute ein Verständnis für Hygiene haben werden, und man wird sich noch manches Lächeln gefallen lassen müssen, wenn auch schon viele von den „Mikrobat" reden, die die Krankheiten verursachen. Viele glauben an die „Mikrobat", viele an die bösen Geister, viele an beide. Daher veranstalten manche eine sogenannte „Sarbeschwörung" und gehen zugleich zum Arzt, meist jedoch erst später, wenn es sich herausgestellt hat, daß die Beschwörung nichts genützt hat. Doch wird sie oft erst 2—3 Mal wiederholt. Bei dieser Beschwörung, die im Mondenschein und beim Klang der Trommeln vor sich geht, ist der Kranke mit dem goldenen oder silbernen Sarschmuck behängt. Eine Schecha leitet meist die Beschwörung, sie steigert sich in Ekstase und schreit und tanzt, und das arme Opfer der Behandlung muß dann mittanzen, bis es halbtot niederfällt. Kürzlich hatten wir eine Hysterika, mit der wiederholt dieses Manöver gemacht worden war, ohne daß es gelang, sie zum Tanzen zu bringen. Sie wurde ins Hospital getragen, weil sie angeblich nicht imstande war zu gehen. Nach kurzer Zeit hatte sie dieses zur allgemeinen Verwunderung bei uns gelernt.

Eine beliebte Heilmethode ist das Brennen mit dem glühenden Nagel; ganz schauderhafte Wunden bekommt man da zu Gesicht; oder das Ritzen mit einem Messer oder das Schröpfen, das oft geradezu sinnlos ausgeübt wird. Der Harn wird stets aufmerksam auf seine Farbe und Temperatur geprüft. Das wird mit einer Regelmäßigkeit und Ausdauer gemacht, wie sie nur in diesem Punkte den Leuten eigen ist. Die Verdauung spielt naturgemäß eine sehr wichtige Rolle. Jeden Monat wird einmal eine Dosis Rizinusöl genommen; alle 3 Monate findet eine Art Generalreinigung statt, wobei an 2 aufeinanderfolgenden Tagen Rizinusöl genommen wird. Vor einiger Zeit starb ein 8 Tage altes Kind, das die Rizinusportion nicht ausgehalten hatte. Abführmittel werden häufig genommen, man kann sagen viel zu häufig. Die Folgen sind hartnäckige Obstipationen, die man oft in einem Ausmaß findet, daß man nahezu machtlos ist.

Viele Amulette werden getragen, zum Schutz und zur Heilung. Manche Menschen haben bis zu 20 Amulette um den Hals hängen oder auch um den Leib oder sonstwo. Als Amulett dient schlechterdings alles, vom Koranspruch bis zum Seltersflaschenverschluß. Wenn man von einer Schönheit des Amuletts reden kann, so haben die Bischarins die schönsten. Es sind einfache Ledersäckchen, die sauber gehalten werden, vielleicht ein Zeichen, daß sie sehr in Ansehen stehen. Oft kommen Kranke zu uns, die mit Koransprüchen über und über beschrieben sind. Mit Tusche werden die Buchstaben auf die Haut gemalt. Um Heilung zu bekommen, unternimmt man gern die Wanderung zu einem heiligen Schechgrab. Daselbst bringt man eine Nacht in der Grabkammer zu und ißt von der Erde. Die Besitzer eines solchen Grabes betreiben

damit ein gutgehendes Geschäft. Für die Erlaubnis, eine Nacht in einem Grab schlafen zu dürfen, muß oft eine beträchtliche Summe bezahlt werden. Einen erschütternden Fall sah ich selbst mit an, als eine blinde Frau ihren Jammer über ihre Erblindung in die Gräberstadt hineinschrie und die dort hausenden Geister um Hilfe anflehte.

Über all diese Dinge ist der Effendi offiziell erhaben. Das ist der Mann, der das Kleid der Kultur trägt, den Anzug aus Europa. Doch das Volk ist tief in Geister- und Aberglauben befangen. Oft bekommt man gesagt, in meinem Körper sitzt ein böser Geist, der mich schwach macht. Besonders sind es die Psychopathen und Hysteriker, die Objekte des Aberglaubens sind.

Wichtig ist auch für uns die Kenntnis der Landessitte. Daß eine Frau sich vor dem Mann verschleiern muß und jede Berührung mit dem Mann ängstlich vermeidet, fällt im Verkehr mit uns immer mehr weg. Mit steigendem Vertrauen kamen viele Frauen zur körperlichen Untersuchung, ja sogar eine ganze Reihe gynäkologischer Untersuchungen habe ich machen dürfen bei Frauen aus Stadt und Dorf. Hierbei möchte ich bemerken, daß die Brust der Frau nicht in die Geschlechtssphäre einbezogen wird. In unserer Landschaft wird bei den Frauen die sogenannte große Beschneidung ausgeführt, d. h. es wird durch Abschneiden der großen und kleinen Schamlippen eine Wunde geschaffen; nachdem in die Harnröhre ein Röhrchen gesteckt ist, werden die Beine fest zusammengebunden, so heilen die Wundränder bis auf eine kleine Öffnung zusammen. Diese Beschneidung wird von Frauen mit einem Rasiermesser ausgeführt, wenn das Mädchen 3—4 Jahre alt ist. Daß die Prozedur bei vollem Bewußtsein ausgeführt wird, brauche ich wohl nicht besonders zu erwähnen. Die Folgen bei der Geburt, bei der alles zerreißt, sind trotzdem nicht so schlimm, wie man denken sollte. Die verwachsenen Wundränder werden vor dem Durchtritt des Kopfes mit dem Rasiermesser ein Stück aufgeschnitten. Manche Männer lassen ihre Frauen ein zweites Mal beschneiden, beispielsweise ehe sie die Pilgerfahrt nach Mekka antreten.

Eine andere Sitte, mit der wir zu rechnen haben, ist die, daß eine junge Frau 3, 5, 7 Jahre nicht das Haus verlassen darf, ohne sich der Gefahr der Scheidung auszusetzen. Die Anzahl der Jahre ist verschieden, das Höchstmaß das ich fand, waren 7 Jahre, das niedrigste 3 Jahre. Da sitzen nun die armen Frauen in einem noch nicht einmal goldenen Käfig und vegetieren dahin. Bis jetzt ist es uns noch nicht gelungen, diese Sitte in Krankheitsfällen zu durchbrechen, selbst bei eiteriger Mittelohrentzündung und Gefahr einer Hirnhautentzündung nicht. Man darf zu den Frauen hingehen, aber niemals verlassen sie ihr Gehöft, um zur Behandlung zu kommen. Bei unseren Dorfbesuchen finden wir oft solche kranke Frauen. Es ist ein Jammer! Und trotzdem gibt es immer noch Leute aus Europa, die eine Religion, die sich schützend vor solche Zustände stellt, für bewundernswert halten.

Aus all den Völkern, die eingangs genannt wurden, kommen die Kranken mit ihren Angehörigen in unsrer Klinik unter die Verkündigung des Evange-

liums. Ruhig und still hören sie zu. Zustimmung und vereinzelter Widerspruch macht sich zeitweise bemerkbar. Stets ist die Aufmerksamkeit eine große, und das Wort von Jesus Christus, dem König der Welt, kann ungestört verkündigt werden.

Wenn unsere Arbeit losgelöst wäre von den letzten Dingen, die Ehrfurcht gebieten und Verkündigung fordern, so wäre sie oft zu schwer für uns. Aber da sie eine Dienerin sein kann, daß das Wort die Herzen erreicht, so sind wir immer wieder getrost und mitten in der Beschwernis der Verhältnisse und Menschen stehend schauen wir auf Gott, der uns Kraft und Weisheit geben kann.

Die Technik braust wie ein Wirbelsturm durchs Land, die Kultur — und da denkt man stets an Europa — dringt ein; das alles erzeugt eine große Unsicherheit auf allen Gebieten, wie dies wohl selten in der Geschichte der Fall war. Die Leute hören und lauschen. Der Effendi ist größtenteils fertig mit dem Islam, vielleicht mit jeder Religion. Das ist auch eine Frucht Europas. Die Masse des Volkes bewegt sich noch in alten Bahnen, schwerfällig, wie es nur die Masse tun kann. Doch besteht bei den meisten eine große Unsicherheit in religiösen Dingen; zur Zeit ist nur bei wenigen Widerstand, bei ganz einzelnen Fanatismus zu finden. Wir aber wollen nicht müde werden, das Evangelium zu verkündigen, damit in der Stunde, wenn dieses Land zur Entscheidung von den himmlischen Mächten aufgerufen wird, die Menschen dieser Landschaft wissen, wo die Hütten der Rettung sind. Die Stunde kommt, und dann wird es sich zeigen, daß das Evangelium seine alte Kraft hat, Menschenherzen zu gewinnen und Verhältnisse umzugestalten.

Wir warten auf diese Stunde im Gleichmaß der arbeitsvollen Tage. Möge auch dereinst von unserer Arbeit gesagt werden können, daß sie in Treue geschah, daß sie mitwirkte, Leid zu lindern, Wegbahnerin zu sein, Herzen für Jesus zu öffnen.

Ärztliche Mission am Kilimandjaro

Von Dr. med. G. Puff, Leipziger Mission

Im Jahre 1893 begann die evang.-luth. Mission zu Leipzig ihre Arbeit unter den Wadschagga, den Bewohnern des mit ewigem Schnee bedeckten Bergriesen Afrikas, des Kilimandjaro. Diese halten dort einen breiten Gürtel besetzt, der sich etwa von 1100 m, d. h. von der Steppe, bis etwa 1600 m, nämlich bis zur Urwaldgrenze, erstreckt. Es gibt mehrere Landschaften, deren größte und fruchtbarste Madschame ist — sie hat rund 20 000 Einwohner. In dieser, und zwar in dem Bezirk Nkwarungo, wurde die erste Station angelegt.

Die Wadschagga sind Bantu-Hamiten, der Zuschuß des edleren hamitischen Blutes drückt sich in einem wohlgestalteten Körper und einer durchschnittlich guten Auffassungsgabe aus. Sie sind Ackerbauer und Viehzüchter. Die Hauptnahrung bildet die Banane, deren charakteristische Staude geradezu ein Wahrzeichen der Landschaft ist. Als seßhaftes Volk haben die Wadschagga eine gewisse Kultur ausgebildet, sie besitzen ein wohlgegliedertes Rechtswesen (ich verweise auf das vorzügliche Werk von D. Gutmann: „Das Recht der Dschagga"), einen reichen Schatz an Erzählungen und Sprichwörtern, die manche Lebensweisheit enthalten. Die Nahrungsmittel wachsen ihnen nicht mühelos zu, die Bananengärten bedürfen fortgesetzter Arbeit. Besonders in der Trockenzeit ist die Bewässerung sehr schwierig; sie wird durch oft recht lange Kanäle, die hoch oben von den Flüssen abgeleitet werden, bewerkstelligt. Die Dschagga sind höflich — das beweisen auch die vielen Grußworte —, hilfsbereit, gastfrei, neuen Einflüssen gegenüber beharrlich (was sich aber auch bis zum Trotz steigern kann), tapfer, treu, aber dies leider oft nicht in kleinen Angelegenheiten. Fünf Jahre dauerte es, bis die ersten Herzen dieses Volkes für das Evangelium gewonnen waren. Aber dann haben sie es sich in seltener Weise zu eigen gemacht; in der Zeit, in der unsere Missionare „repatriiert" waren, hat sich die Gemeinde verdoppelt und zählt heute über 2000 Seelen.

Schon frühzeitig wurde mit einer ärztlichen Mission begonnen, 1902 ging Dr. Plötze als der erste Missionsarzt hinaus. Er blieb bis 1908 im Dienst. Seine Station war zunächst Mamba im Osten unseres Gebiets, später wurde wegen der zentralen Lage Nkwarungo gewählt. In den Jahren 1909—1914 war alles im besten Aufblühen, ein neues großes Hospital war in Angriff genommen. Der 1909 ausgesandte Missionsarzt Dr. Ittameier hat auf allen Gebieten der Volkshygiene vorbildlich gewirkt. Seine Arbeit über die Säug-

lingssterblichkeit — eine noch heute eminent wichtige Frage — erhielt den Woermann-Preis. Dann kam der Krieg mit allen seinen Folgen und vernichtete auch diesen Zweig unserer Mission. Aber die ärztliche Mission hatte ihre Notwendigkeit bewiesen, und bald nach dem Neuanfang der Mission in Ostafrika wurde auch mit ihrem Wiederaufbau begonnen. Ende 1925 wurden zwei Schwestern — davon eine für Madschame — ausgesandt, und seit Anfang 1927 ist es auch mir vergönnt, hier zu arbeiten.

Wir stehen also noch im Beginn, und dementsprechend können wir noch nicht auf große Leistungen und bemerkenswerte Einrichtungen hinweisen. Diese sind im Gegenteil noch recht primitiv.

Die Hauptarbeit wird in der Poliklinik geleistet, die an allen Werktagen vormittags, außer Donnerstag, geöffnet ist. Unsere Patienten kommen nicht nur aus der ganzen Landschaft Madschame, sondern auch die angrenzenden Gebiete stellen eine nicht unbeträchtliche Zahl. Sogar aus den fast eine Tagereise entfernten Masaibezirken haben wir Kranke. Es ist in der Regenzeit nicht angenehm zu gehen, wo die Flüsse schwellen, die Wege glatt sind und die Luft oft recht empfindlich kühl ist. Alle Patienten, die zum erstenmal zur Behandlung kommen, werden, sofern es sich nicht um eine einfache Angelegenheit handelt, mit fortlaufender Nummer in das Polikliniкbuch eingetragen. In den ersten vier Monaten 1927 hatten wir folgende Zahlen:

	neue Patienten		alte	Gesamt-Behandlungen
	eingetragen	nicht eingetragen		
Januar	388	197	272	857
Februar	257	142	209	608
März	262	160	261	683
April	238	104	262	604
Summe	1145	603	1004	2752

Es konnten also insgesamt 2752 Behandlungen vorgenommen werden. Wir haben es mit allen möglichen Krankheiten zu tun, dabei sind die eigentlichen Tropenkrankheiten infolge unserer Höhenlage in der Minderzahl. Sie betrugen im Januar nur 6,4 %, im Februar 14,4 %, im März 18,7 % und im April 21,8 %. Umstehend eine Übersicht der wichtigsten Krankheiten.

Bei den Wurmkrankheiten handelt es sich gewöhnlich um Infektion mit Askariden (Spulwürmern). Bei der großen Anzahl wurde eine mikroskopische Stuhluntersuchung nur vorgenommen, wenn ein Verdacht auf die gefährlichen Ankylostomen (Hakenwürmer) bestand. Masern und Keuchhusten waren recht stark in der Landschaft verbreitet und durch Komplikationen — meist von seiten der Lungen oder des Mittelohrs — unangenehm. Von den 59 Leprakranken, die wir haben — der Kilimandjaro ist ein alter Leprahерd — kamen nur 5 zur Behandlung. Die Leute sind zu mißtrauisch; wenn sie nicht

sofort einen deutlichen Erfolg sehen, bleiben sie weg. Da sie ohne Beschränkung in ihren Familien leben — viele sind verheiratet —, so bilden sie eine unleugbare Gefahr. Zur Verwendung kam Antileprol, das nach reichlicher Mischung mit Eigenblut intravenös verabreicht wurde. Bei den Geschwüren der Leprakranken tat 20 % Chaulmoograöl-Desitin gute Dienste. Keine geringere Bedeutung hat die Tuberkulose, um so mehr als die Eingeborenen ihre Tücke noch nicht recht erkannt haben. So ist der Ansteckung Tür und Tor geöffnet, wenn ein Kranker mit offener Tuberkulose rücksichtslos in den engen Hütten seinen Speichel verstreut. Es ist sehr schwer, den Leuten eine richtige Vorstellung über innere Krankheiten beizubringen. Wenn jemand rheumatische Schmerzen in der Brust hat, dann führt er diese auf „iure" (Geschwüre) zurück. Einspritzungen erfreuen sich einer ungeheuren Beliebtheit, lange und schwere Krankheiten sollen von einer einzigen „Nadel" geheilt werden. „Schlage mich mit der Nadel, damit ich schnell gesund werde," das hören wir oft. Daß das nur bei bestimmten Fällen möglich ist, vermögen sie meist nicht zu fassen. Im Innern halten sie die Ablehnung ihrer Bitte um eine Einspritzung für den Ausdruck des Mangels an gutem Willen.

Von vornherein haben wir auf eine Bezahlung der Medikamente gedrungen, von der Erwägung ausgehend, daß geschenkte Sachen nicht richtig gewürdigt werden. Der allgemeine Satz beträgt 15 Ct., doch wird für teure Arzneien, deren gute Wirkung schon bekannt ist, wie z. B. Wurmmittel, Salvarsan, Yatren 50 Ct. bis 1 Schilling erhoben. Wirklich Arme werden natürlich nicht abgewiesen, wenn sie nicht bezahlen können.

Auch kleinere Eingriffe — es waren 24 — mußten vorgenommen werden. Meist handelte es sich um Verletzungen oder Abszesse. Gewöhnlich verwenden wir die Narkose, die natürlich großen Eindruck macht; wo es möglich

	Januar	Februar	März	April
Augenleiden	8	20	8	8
Ohrenleiden	17	12	13	8
Zahn- und Mundkrankheiten	8	4	10	5
Erkrankungen der Atmungsorgane	30	41	7	21
Tuberkulose	19	9	4	10
Wurmkrankheiten	63	48	69	55
Grippe	34	11	17	8
Typhus	2	—	5	1
Masern	6	3	2	1
Malaria	16	15	10	5
Framboesie	7	17	35	43
Ruhr	1	2	2	2
Verletzungen	9	6	—	5
Tropische Geschwüre	7	4	6	—
Lepra	—	1	2	2

ist, jedoch auch örtliche Betäubung. Einer unserer schwarzen Gehilfen, — wir haben jetzt 4 Männer und 1 Mädchen, — hat sich so geschickt gezeigt, daß er bei den Eingriffen assistieren kann. In erstaunlich kurzer Zeit hat er sich die Grundsätze der Asepsis zu eigen gemacht, sodaß ihm kaum einmal ein Verstoß passiert. Es ist sonst nicht leicht, geeignete Kräfte für die Krankenpflege zu gewinnen, da jeder Anfänger gleich bezahlt werden will.

Die Verhältnisse im Hospital sind bedeutend ungünstiger, weil es vorläufig noch sehr primitiv ist. Es ist nur ein einfacher Lehmbau mit einem Blätterdach, das immer wieder geflickt werden muß. In drei kleinen Räumen können etwa 16 Leute untergebracht werden. Eine Isolierung ansteckender Krankheiten, die doch wenigstens für Tuberkulose und Ruhr sehr wichtig wäre, ist leider nicht möglich. In den Räumen werden kleine offene Feuer unterhalten, auf denen über Tag gekocht wird. Die Patienten müssen sich selbst mit Lebensmitteln versorgen, was für die Diätfrage sehr unvorteilhaft ist. Nachts dienen die Feuer zur Erwärmung, da es bei uns in der Regenzeit recht empfindlich kühl wird (12° und weniger). Die Luft in den Räumen ist natürlich immer rauchig, was vor allem für Lungenkranke recht unangenehm ist.

Mit großer Sehnsucht blicken wir daher auf den Neubau des Hospitals, von dem ich zwei Häuser im Rohbau fertig vorfand. Nachdem wir das nötige Holz aus Usambara bekommen haben, ist nun die Fertigstellung in Angriff genommen. Indes wird noch einige Zeit vergehen, bis wir umziehen können, da uns noch die gesamte Inneneinrichtung fehlt. Diese werden wir aus Deutschland kommen lassen müssen, denn sie hier zu kaufen, ist unerschwinglich teuer.

Im Hospital haben wir im allgemeinen die gleichen Krankheiten zu behandeln wie auch in der Poliklinik. An erster Stelle steht die Tuberkulose, dann folgen Ruhr, die durch das vorzügliche Mittel Yatren 105 fast ihre Schrecken verloren hat, Grippe, tropische Geschwüre, Hakenwurmkrankheit. Die Hauptlast der ungeheuer schweren Pflegearbeit liegt auf den Schultern von Schwester Elisabeth Vierhub, deren treuer Hingabe und selbstloser Fürsorge für das Wohl der Kranken manch schöner Erfolg zu danken ist. Leider ist es bei den chronisch Kranken oft schwierig, eine Kur durchzuführen; sowie sie einige Besserung verspüren, wollen sie nach Hause und sind nur schwer oder gar nicht zu halten. Die Folge ist dann leider nicht selten ein schwerer Rückfall.

Neuerdings kommen auch die Leute vom Meru und vom Paregebirge, sowie kranke Männer und Frauen aus der Steppe. Selbst die Masai, die doch früher die Berührung mit den Europäern mehr oder weniger vermieden, kommen auf unsere ärztliche Station. Es ist ein eigenartiger Anblick, wenn die Masaikrieger mit Zopf und Keule oder die Masaifrauen in ihrer Fellbekleidung mit ihren großen eisernen Halsringen aus dem Auto herausklettern, um Hilfe in Krankheitsnot zu suchen.

So steht die ärztliche Mission am Kilimandjaro noch ganz in den ersten Anfängen. Aber es zeigt sich jetzt schon, daß sie eine große und schöne Zukunft vor sich hat. So Gott will, wird sie langsam und stetig wachsen, um ihren Aufgaben mehr und mehr gerecht werden zu können.

Die mannigfachen Aufgaben des Missionsarztes nach den Erfahrungen im Batakland

Von Dr. med. Joh. Winkler, Rhein. Mission, jetzt Tübingen

Das 100jährige Jubiläum der Rheinischen Missionsgesellschaft gab mir Anlaß zu einer Darstellung der Geschichte unseres Missionshospitals in Pearadja von seiner Gründung im Jahre 1900 bis zur Gegenwart.[1]) Bei dieser Rückschau kam mir selbst eigentlich erst voll zum Bewußtsein, wie unsere missionsärztliche Tätigkeit sich wachstümlich aus den ersten Anfängen zu der Bedeutung entfaltet hat, die sie für das ganze Batakland und für die gesamte Batak-Mission gewann. Die große Aufgabe der missionsärztlichen Versorgung dieses ausgedehnten Missionsgebietes umschloß eine Fülle von Einzelaufgaben. Das Erfassen dieser mannigfachen Aufgaben, wie sie gleich im Anfang und im weiteren Verlaufe der folgenden Jahre in immer reicherem Maße sich darboten, hat die Geschichte unseres Missionshospitales gestaltet.

Die Missionare der Rheinischen Missionsgesellschaft hatten bereits seit der Gründung der Batak-Mission im Jahre 1861 es als ihre selbstverständliche Pflicht angesehen, daß sie sich der eingeborenen Kranken annähmen. Sie verbanden die Wunden, reinigten die vernachlässigten Geschwüre, richteten gebrochene Gliedmaßen ein, zogen kranke Zähne aus und verabfolgten Medizinen. Für diese Hilfeleistungen waren sie in Barmen vor allem durch den Unterricht, den sie bei Professor Heusner genossen hatten, gut vorbereitet. Daneben aber stellten allerlei Krankheitsnöte in dem heranwachsenden Missionsgeschwisterkreise die verantwortungsvolle Aufgabe wechselseitiger ärztlicher Versorgung. Es steckt ein großes Stück missionarischen Heldentums in dem Kampfe, den diese Missionare, ohne auf die Gefahren für das eigene Leben zu achten, gegen das Heer der im Batakland herrschenden Krankheiten aufnahmen, in einer Zeit, da die Tropenmedizin und -hygiene noch in den Anfängen steckte.

Jahrzehntelang haben die Missionare diesen Kampf allein geführt. Von ihnen selbst aber ging dann die erste Anregung aus, die zur Aussendung von Missionsärzten in das Batakland führte. Bereits im Jahre 1885 hatten sie auf ihrer Konferenz, zunächst im Blick auf die damals sich besonders häufenden Erkrankungen im Geschwisterkreise, der Leitung der Rheinischen Missionsgesellschaft die Bitte um einen Arzt ausgesprochen. Im Zusammenhang mit dem 1887 auftauchenden Plan, in Tungkun in China eine missions-

[1]) Verlag des Missionshauses, Barmen 1928.

ärztliche Arbeit zu beginnen, wurde der Gedanke für Sumatra aufs neue erwogen und in dem Sinne vertieft, daß nicht allein für die Missionsarbeiter ein Arzt sehr erwünscht wäre, sondern fast noch mehr im Interesse eines gesunden Aus- und Aufbaues der batakschen Christengemeinden.

Schon im Jahre 1896 hatte man in Pearadja, das sich damals bereits zur Hauptstation entwickelt hatte, ein Kinderheim für mutterlose Säuglinge unter der Leitung des Stationsmissionars und einer Krankenschwester eröffnet. Am gleichen Ort sollte nach dem Beschluß der Konferenz des Jahres 1899 das Missionshospital errichtet werden. Diese Konferenz leitete Missionsinspektor Schreiber, der in früheren Jahren selbst als Missionar im Süden des Bataklandes gestanden und dort aus eigener Erfahrung die Bedeutung der ärztlichen Hilfe für die Missionsarbeit kennen gelernt hatte. Der für das Missionshospital ins Auge gefaßte Arzt, Dr Julius Schreiber, der seinen Vater auf dessen Inspektionsreise begleitete, nahm gleichfalls an dieser Konferenz teil. Am 2. Juni 1900 konnte er in Pearadja die Poliklinik eröffnen.

Die Aufgabe, welche sich ihm gleich vom ersten Tage an aufdrängte, war die Einzelfürsorge für die einheimische Bevölkerung, die Behandlung der einzelnen Batak, die in schnell wachsender Zahl sich zu den Sprechstunden einfanden. Außer der Kinderhausschwester trat dem Arzt eine eigens für das Hospital ausgesandte Krankenschwester zur Seite. Alsbald wurden vier bataksche Gehilfen angestellt, von denen der älteste als Apotheker, die andern als Poliklinikhelfer ausgebildet wurden. Für die Behandlung der Frauenkrankheiten fand Dr Schreiber eine Hilfe in einer von Missionar Metzler ausgebildeten batakschen Hebamme.

Unter den Kranken befanden sich natürlich auch solche, deren Behandlung weder in der Poliklinik noch daheim im Dorfe durchgeführt werden konnte, da sie ständiger Überwachung und geregelter Pflege bedurften. Die Errichtung eines Krankenhauses erwies sich als notwendig. Anfangs brachte man die Patienten in einem Küchengebäude unter; das war natürlich nur ein Notbehelf. Noch im Laufe des Jahres 1901 wurden zwei Krankenhäuser gebaut; doch konnte in diesem Jahre nur die Männerabteilung in Betrieb gesetzt werden, da zunächst nur die eine Krankenschwester zur Verfügung stand. Die wenigen Frauen, die sich ins Hospital aufnehmen ließen, wurden in einem Zimmer des Männerkrankenhauses behandelt. Das Frauenkrankenhaus konnte erst drei Jahre später eröffnet werden, nachdem eine Schwester hierfür frei geworden war.

Im Januar 1902 trat ich in den Dienst am Missionshospital ein. Bis 1913, nämlich bis Dr Schreiber seinen Europa-Urlaub antrat, haben wir beiden Ärzte in kollegialer Verständigung auf der Grundlage einer zweckmäßigen Arbeitsteilung, die sich den im Laufe der Zeit wechselnden Verhältnissen anpaßte, Hand in Hand gearbeitet an der Erfüllung der Aufgaben, die das von Jahr zu Jahr sich ausbreitende Werk uns stellte. Erst 1920 konnte Dr Wagner zu meiner Ablösung ausgesandt werden. Dieser hat jüngst die Leitung des neuen Missionshospitals in Balige übernommen. Die Arbeit

in Pearadja wird von Dr Johannsen fortgeführt, welchem demnächst Dr Dannert zur Seite treten wird.

Viermal in der Woche hielten wir unsere Poliklinik-Sprechstunde ab. Um 8 Uhr begann der Dienst, und dann entwickelte sich ein buntes Treiben. Die Alten und die Jungen, die Männer, Frauen und Kinder wurden in kleinen Gruppen zur Behandlung hereingerufen. Der eine Arzt hatte die an inneren Krankheiten Leidenden zu behandeln, der andere die chirurgischen Fälle, die Haut-, Augen- und Ohrenkranken. Der Apotheker verabfolgte die im Vorrat bereit gehaltenen Pulver, Pillen und Mixturen nach der Vorschrift des Arztes. Die Medizin wurde den Kranken gleich in der Sprechstunde eingegeben. Das war unbedingt notwendig bei den Kindern, denen schlechtschmeckende Arzneien, wie etwa der bittere Chinintrank, verabreicht werden mußten. Die chirurgischen Patienten wurden entweder vom Arzt, oder nach dessen Anleitung von den batakschen Gehilfen und Gehilfinnen behandelt. Es war scheinbar ein wirres Durcheinander, und doch lief alles wie am Schnürchen. Die Patienten, die nicht selbst zur Behandlung kommen konnten, wurden nach Möglichkeit in den Dörfern besucht, so vor allem die Frauen, die wegen einer schweren Entbindung unsere Hilfe in Anspruch nahmen. Die Schwerkranken kamen entweder von selbst zur Aufnahme in die Krankenhäuser, oder in Folge des in der Poliklinik oder im Dorfe gegebenen ärztlichen Rates.

In den Krankenhäusern ließ sich die Fürsorge für den einzelnen Kranken natürlich noch viel besser durchführen als in der Poliklinik oder daheim. Das gilt namentlich für die Patienten, die sich einer größeren Operation unterziehen oder wegen einer inneren Erkrankung strenge Diät halten mußten. Während die Kranken zur Poliklinik von Anfang an in Scharen kamen, — waren sie doch bereits von den Missionaren her an die Behandlung in der Sprechstunde gewöhnt, — galt es für die Aufnahme in die Krankenhäuser erst noch manche Vorurteile zu überwinden. Daß es im Laufe der Jahre immer mehr gelang, die Scheu vor der Hospitalbehandlung zu überwinden, das zeigt ein Blick in die Statistik. Im Laufe der ersten 25 Jahre wurden annähernd 150 000 Poliklinikpatienten gezählt, mit rund 850 000 Behandlungen. Von diesen wurden 14 325, im Durchschnitt also 9,6% in die beiden Krankenhäuser aufgenommen. Im Jahre 1901 ließen sich nur 1,6% der Poliklinikpatienten zur Aufnahme in das Krankenhaus bereit finden, im Jahre 1910 bereits 7,1%, 1920: 13,6%, 1925: 19% und 1927 sogar 21,6%. Auffallend ist die Tatsache, daß in der Poliklinik die Zahl der Frauen sich zu der der Männer verhielt wie zwei zu drei, und in den Krankenhäusern sogar nur wie eins zu zwei. Das beweist nicht etwa, daß die Frauen weniger mit Krankheiten behaftet seien als die Männer, es hat seine Ursache vielmehr in den sozialen Verhältnissen. Die Frauen, die für die Kinder, für die Küche und für das Vieh sorgen müssen und an der Feldbestellung ihren vollen Anteil haben, können sich viel schwerer für eine gründliche Krankheitsbehandlung freimachen als die Männer.

Die Praxis eines Tropenarztes ist außerordentlich vielseitig. Eigentlich alle in Europa bekannten Krankheiten kommen ja auch in den Tropen vor,

ja sie finden in den schlechten hygienischen Verhältnissen eines unzivilisierten Volkes die günstigsten Vorbedingungen für ihre Verbreitung, so z. B. die Tuberkulose. Man sieht viel mehr verschleppte, verwahrloste und falsch behandelte Krankheitsbilder als in der Heimat. Dazu kommen dann aber noch die eigentlichen Tropenkrankheiten, deren Erreger und Überträger an ganz bestimmte klimatische Voraussetzungen gebunden sind. Die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft kommen auch der ärztlichen Mission zugute; gerade die Erforschung des Wesens der Tropenkrankheiten hat ja in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte gemacht, desgleichen auch ihre Behandlung. Das Neosalvarsan ist ein Mittel, das bei Framboesie geradezu „Wunder wirkt". Für die Behandlung der Amöbenruhr brachten Emetin und Yatren erfreuliche Fortschritte, für die Hakenwurmkrankheit das Chenopodium-Öl. Dem bei Malaria altbewährten Chinin trat das Plasmochin ergänzend zur Seite. Selbst dem Aussatz steht man nicht mehr so hoffnungslos gegenüber wie früher. Auch die chirurgischen Krankheiten bieten dem Tropenarzt ein reiches Feld der Betätigung. Auffallend häufig kommen Blasensteine unter der Bevölkerung des Bataklandes vor. Auch Hasenscharten sind nicht selten. Haut- und Augenkrankheiten sind sehr verbreitet, vor allem auch Abszesse und Geschwüre, namentlich solche der Füße und der Unterschenkel. Die in Europa verbreitete Vorstellung, daß bei den Naturvölkern die Geburten stets glatt von statten gingen, beruht auf Unkenntnis der Verhältnisse. Schwere Entbindungen erheischen vielmehr auch bei den Batak oft die Hilfe des Arztes oder der Schwester.

Die Aufgaben, die dem Arzte als dem Leiter des Hospitals aus der Herrichtung des Geländes, aus der Anlage der Wasserleitung und der Wege, aus der Erstellung der Haupt- und Nebengebäude, aus der Beschaffung und Versorgung des Inventars und des Instrumentariums, aus der Instandhaltung, der Erweiterung und der fortgesetzt angestrebten Verbesserung der ganzen Station erwachsen, seien hier nur beiläufig erwähnt, ebenso die Aufgaben der Verwaltung, der Finanzen, die Überwachung der Arzneivorräte, sowie die Führung der Statistik, die die Grundlage für die pflichtmäßige Berichterstattung an die Regierung und an die heimatliche Missionsleitung liefert. Es sei hier nur bemerkt, daß die Verantwortung für das alles auf den Schultern des Arztes ruht, daß er sein eigener Apotheker, Verwalter und Bauführer sein muß. Dabei darf er aber das Bewußtsein haben, daß auch die Erledigung all dieser Äußerlichkeiten wirklicher Missionsdienst ist. Sehr dankbar haben wir stets die Hilfe der deutschen Missionskrankenschwestern empfunden, denen außer der Krankenpflege die Fürsorge für die Hospitalküche und -wäsche oblag.

Die ärztliche Behandlung der Missionare und ihrer Familien war der andere Teil der Einzelfürsorge, die man seiner Zeit bei der Bitte um einen Missionsarzt von vornherein ins Auge gefaßt hatte, und sie stellte ihre besonderen Aufgaben. Wenn durch das Telephon oder durch einen Eilboten ein Ruf an den Arzt erging, dann galt es stets, den Aufbruch zu beschleunigen, denn wir wußten, die Missionare riefen

uns in der Regel nur in dringenden Fällen. Nach einer Stunde eiliger Vorbereitung trat man die Reise an, um zu Pferd, im zweiräderigen Wagen, in der letzten Zeit auch im Auto, das Ziel so schnell wie möglich zu erreichen, nämlich eine Missionsstation im Silindungtal oder auf der Hochfläche, in den nördlichen Landschaften von Toba, oder den südlichen Gebieten von Pahae und Angkola, oder auch in Siboga, der Hafenstadt an der Westküste. Über die Beschwerden und Gefahren solcher Reisen, etwa eines nächtlichen Rittes über die Flächen und durch die Schluchten der Steppe, oder einer Nachtfahrt über den Tobasee breitet die Erinnerung den Schleier der Romantik. Dankbar gedenke ich der Hilfsbereitschaft der holländischen Regierungsbeamten und der Missionarsfamilien, die dem Arzt stets freudig alle Mittel zur Beschleunigung der Weiterreise zur Verfügung stellten.

Schon bald zeigte sich das Bedürfnis, kranke und erholungsbedürftige Missionare oder deren Angehörige für längere Zeit unter ärztliche Behandlung zu stellen. So wurde schon 1902 ein Zimmer in dem damals noch leer stehenden Frauenkrankenhause in Pearadja als Hospiz verwendet. Diese Einrichtung machte später allerlei Wandlungen durch, bis im Jahre 1921 das neue Kinderhaus droben auf der obersten Terrasse des Stationshügels für diesen Zweck zur Verfügung gestellt wurde. Namentlich während der Kriegsjahre mußten aber viele kranke Missionsgeschwister in die Häuser der Ärzte und des Stationsmissionars von Pearadja aufgenommen werden; mit aller Opferbereitschaft halfen die Hausfrauen die oft recht schwierige Frage der Krankendiät zu lösen und die sonstigen Pflichten der Krankenpflege zu erfüllen.

Bei den aus Gesundheitsrücksichten notwendig werdenden Versetzungen und Beurlaubungen der Missionare hatten die Missionsärzte öfters ein entscheidendes Wort zu sprechen. Freud und Leid durften wir mit den Missionarsfamilien in langen Jahren teilen, und das verbindet für das ganze Leben. Doch es gab noch etwas anderes, was die Missionsärzte und Missionare zusammenschloß, das war die gemeinsame Arbeit an der ärztlichen Versorgung des Batakvolkes, an der Bekämpfung der epidemisch auftretenden und der endemisch herrschenden Krankheiten, an der Verbesserung der sanitären Verhältnisse.

Die Fürsorge für die hygienischen Zustände im Batakland war eine Aufgabe der holländischen Regierungsärzte, doch wurden im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts die „Außenbesitzungen" (d. h. der holländische Kolonialbesitz außerhalb Javas) in dieser Beziehung noch recht stiefmütterlich behandelt. Da boten die reichlich $3^1/_2$ Jahre, vom 1. August 1907 bis Ende Februar 1911, in denen ich den Dienst des holländischen Militärarztes in dem benachbarten Regierungssitz Tarutung nebenamtlich verwaltete, uns Missionsärzten willkommene Gelegenheit, bei der Durchführung volkshygienischer Maßnahmen mitzuwirken.

So fiel mir die Aufgabe des Regierungsarztes zu, im Kampf gegen die Pocken die Tätigkeit der eingeborenen Impfmeister zu überwachen. Es war üblich, daß der Arzt jährlich einmal eine Inspektionsreise machte, jedes Jahr in eine andere Landschaft. Damals bestand im Batakland noch die

Methode der Überimpfung der Schutzpocken von Mensch zu Mensch. Der Eindruck, daß die theoretische Kenntnis der Impfmeister sehr ungenügend war, gab mir Anlaß, für sie eine Unterweisung in ihrer Sprache auszuarbeiten. Als die Regierung die Impfung mit stets frisch von Java zu beziehender Lymphe auch auf den andern Inseln einzuführen begann, konnte ich unter Mitwirkung der für die verschiedenen Impfbezirke zuständigen Herren Beamten die von der Regierung erbetenen Grundlagen sammeln, wenn die Neuerung auch erst 1911 durchgeführt wurde, bald nachdem ich den Dienst wieder an einen Militärarzt zurückgegeben hatte.

In jener Zeit traten mehrere Jahre hintereinander in verschiedenen Landschaften des Bataklandes Cholera-Epidemien auf. Da war es meine Aufgabe, die verseuchten Dörfer zu besuchen, die Kranken für den Bericht an die Regierung zu registrieren, die Verteilung der Medikamente und Desinfektionsmittel mit den nötigen Anweisungen zu begleiten und mit den Regierungsbeamten die Maßregeln festzusetzen, die geeignet waren, die Seuche möglichst schnell zu unterdrücken. Die Bemühungen waren auch von Erfolg gekrönt, doch traten im folgenden Jahre immer wieder Cholera-Fälle auf. Das wurde erst anders, nachdem im Jahre 1914 der holländische Regierungsarzt die Anwendung der Cholera-Schutzimpfung auch für das Batakland erreicht hatte. Das Missionshospital in Pearadja hatte auch bei der Durchführung dieser Maßnahme Gelegenheit, sich an der Bekämpfung der Seuche zu beteiligen. Seitdem sind dort glücklicherweise keine Cholera-Epidemien mehr aufgetreten.

Von weittragender Bedeutung wurden die Maßregeln, die der Ausbruch einer akuten Dysenterie-Epidemie im Jahre 1909 nötig machte. Die Epidemie war durch eine außerordentlich große Sterblichkeit gekennzeichnet. Von den 514 Kranken, die im Jahre 1909 im Missionshospital behandelt wurden, litten 114 an Dysenterie, davon starben 29 im Hospital und gingen 7 weitere ungeheilt weg. Die Schwerkranken wurden häufig aus Tagereisen weit entfernten Gegenden ins Hospital getragen und waren durch die Krankheit oft schon stark erschöpft. Der weite Transport war für die Kranken selbst höchst nachteilig, außerdem aber steigerte er nur die Gefahr der weiteren Ausbreitung der Seuche. Der Umstand, daß die Epidemie besonders heftig auf der Steppe auftrat, führte zur Errichtung von drei Dysenteriebaracken auf den dort gelegenen Missionsstationen Butar, Pangaribuan und Dolok-sanggul. Die Beamten sorgten für den Bau der Baracken; die Militärapotheke in Padang schickte die nötigen Medikamente; das Missionshospital von Pearadja stellte die Krankenpfleger, die zunächst eine besondere Anleitung für ihre Aufgabe bekommen hatten. Die Epidemie erlosch dann ziemlich schnell, doch regten die nun einmal vorhandenen drei Baracken den Gedanken an, sie als „Hilfskrankenhäuser" weiter bestehen zu lassen. Der Begriff eines Hilfskrankenhauses war bereits durch das Subsidien-Gesetz der holländischen Kolonialregierung von 1906 festgelegt. Man versteht darunter kleine Krankenhäuser, denen die gesetzlichen Bestimmungen, ähnlich

wie den von Ärzten geleiteten Missionshospitälern, eine geldliche Unterstützung seitens der Regierung und die Belieferung mit einer bestimmten Auswahl von Medizinen, Verbandmitteln, Instrumenten und Krankenpflegeartikeln zugestehen. Diese Hilfskrankenhäuser stehen unter der verantwortlichen Leitung von Nicht-Ärzten, meist Missionaren, die von der Regierung als dazu befähigt und befugt anerkannt sind.

So kam es im Jahre 1910 dahin, daß zunächst auf zwei von den obengenannten Missionsstationen die Dysenteriebaracken in Hilfskrankenhäuser umgewandelt wurden. Aus diesen Anfängen entwickelten sich im Laufe der Jahre 13 Hilfskrankenhäuser auf der Steppe, in Nieder-Toba, auf der Toba-Insel, in den Landschaften an der Westküste und im Süden, und auf der Nachbarinsel Nias, von denen 10 heute noch bestehen. Alle diese Hilfskrankenhäuser können als Zweige des Missionshospitals in Pearadja gelten; die Organisation, die Verwaltung, die Statistik war bei ihnen allen in voller Übereinstimmung mit dem Mutterhause in Pearadja durchgeführt.

Neben diesen Hilfskrankenhäusern entwickelten sich nun auch noch einige Zweig-Polikliniken. Die erste eröffnete Dr. Schreiber 1911 in Hutabarat als eine direkt vom Missionshospital abhängige Einrichtung. Dieses Vorbild führte dazu, daß auf einer ganzen Reihe von Missionsstationen die Poliklinikarbeit weiter ausgebaut wurde. Die Krankenwärter für die Hilfskrankenhäuser und die Gehilfen für die Polikliniken wurden im Missionshospital in Pearadja ausgebildet, bald wurden uns sogar von den Nachbar-Inseln, von Nias, Tello und Enggano junge Leute zu dem gleichen Zwecke zugesandt.

Auch abgesehen von Pocken, Cholera und Dysenterie stellte die Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Bataklande der ärztlichen Fürsorge der Rheinischen Missionsgesellschaft die bedeutendsten Aufgaben. Für den Kampf gegen den Aussatz war die Internierung der Kranken der einzig richtige Weg, und die im Jahre 1900 erfolgte Gründung der Aussätzigen-Kolonie Huta Salem hat sich als die beste Lösung der Frage bewährt. Geradezu entgegengesetzt liegt die Sache bei den Masernepidemien und bei der Grippe, sowie bei der endemisch herrschenden Malaria. Hier muß die Dezentralisierung der ärztlichen Hilfe bis in die einzelnen Landschaften und Dörfer vordringen. Ein epidemieartiges Aufflackern der Malaria brachten die trockenen Monate, Mai bis September, in den Jahren 1910 und 1911, die der Poliklinik des Missionsspitals ganz außergewöhnlich große Scharen von Kranken zuführten (im Juli 1910 vermeldete die Statistik 555 an einem einzigen Tage behandelte Poliklinikbesucher, im Juli 1911 sogar 565). Als sehr segensreich erwies sich die Maßregel, daß jeder junge Mann, der durch den Aufenthalt in der Fremde, sei es auf einer Plantage oder in einer Hafenstadt, der Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit ausgesetzt gewesen war, sich vor seiner Verheiratung erst durch eine ärztliche Untersuchung im Missionshospital ein Gesundheitszeugnis verschaffen muß.

Die Bekämpfung der unter dem Batakvolk sehr verbreiteten Lungentuberkulose war ein Problem, zu dessen durchgreifender Lösung alle Vor-

Rhein. Missionshospital Pearadja auf Sumatra, im Hindergrund das Hochtal von Silindung

Das Personal des Hospitals und der Hilfskrankenhäuser bei der Jahresversammlung in Pearadja 1921

Inneres der Poliklinik in Pearadja (links Dr. Wagner)

Saal im Männerkrankenhaus von Pearadja

aussetzungen fehlten. Selbst wenn es gelang, dem einzelnen Patienten Linderung und Besserung zu verschaffen, so stellte die Rückkehr in die unhygienische Umgebung den Erfolg in Frage. Die Tatsache, daß im Jahre 1903 drei Schüler des Lehrerseminars in Sipoholon an Lungentuberkulose starben, gab den Anlaß, daß von 1904 an alljährlich die Seminar-Aspiranten einer ärztlichen Voruntersuchung unterworfen wurden. Von da an kamen auf den beiden Seminaren nur ganz vereinzelte Fälle des gerade für den Lehrerstand so verhängnisvollen Leidens vor.

Das schwere Los der Geisteskranken[1]) und der Blinden hatte uns schon wiederholt beschäftigt, doch kam es erst im Jahre 1921 zur Gründung einer Baracke für gemeingefährliche Geistesgestörte auf der Station Pearadja, während die Blindenschule „Hephata" erst 1923 als Innere Missionsanstalt dem unter der Leitung von Diakon Rittich stehenden Aussätzigen-Asyl Huta Salem angegliedert wurde.

Sowohl für die Behandlung der einzelnen Kranken als auch für die Durchführung der Gesundheitsmaßregeln im ganzen Lande erwies sich die Heranziehung eingeborener Hilfskräfte als unumgänglich notwendig. Daraus ergab sich für die Ärzte die Aufgabe der Ausbildung von eingeborenen Krankenpflegern und -pflegerinnen. Diese bestand zunächst einmal in einer rein praktischen Anleitung, die in dem Betrieb der täglichen Arbeit erfolgte. Dabei zeigten sich die Jünglinge und Jungfrauen außerordentlich willig und anstellig. In den theoretischen Unterricht hatten wir Ärzte uns in der Weise geteilt, daß Dr. Schreiber die Hebammen[2]) ausbildete und ich das männliche Pflegepersonal. Für diesen Zweck mußten wir uns natürlich erst einen in batakscher Sprache verfaßten und den besonderen Verhältnissen angepaßten Lehrgang ausarbeiten. Mit der Eröffnung des ersten Kursus für batakische Hebammen wurde am Missionshospital im Jahre 1905 zum ersten Mal eine Arbeit in Angriff genommen, die dazu bestimmt war, die Wirkung seines Einflusses weit über seine Grenzen hinaus auf das ganze Batakland auszudehnen. Dr. Schreiber war sich der Tragweite dieses Schrittes wohl bewußt. Er schrieb am 12. Juli 1905 in einem Bericht an die heimatliche Missionsleitung: „Mit der Ausbildung batakscher Hebammen tun wir insofern einen bedeutungsvollen Schritt, als die künftigen Hebammen allein stehen werden, örtlich weit von uns getrennt: sie sind Repräsentantinnen der ärztlichen Mission. Fehler in ihrem Wandel oder in ihrem Wirken werden scharf gerügt werden und auf uns zurückfallen. Die Ausbildung kann also nicht sorgfältig genug sein, sowohl was das technische Können, als was den Charakter betrifft. Ein Anfang ist gemacht, im allgemeinen sind die bisherigen Erfahrungen ermutigend. Ob wir das Ziel erreichen, muß die Folgezeit lehren." Das Thema „Der Missionsarzt als Erzieher" umfaßt ja nicht nur die Übermittlung von allerlei medizinischen Kenntnissen und äußerlichen Fertigkeiten an das inländische Personal, sondern auch die Charakterbildung, die Er-

[1]) Siehe Tafel 10.

[2]) Siehe Tafel 10.

ziehung zur Reinlichkeit, Ordnung, Pünktlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Berufstreue und hingebenden Selbstlosigkeit. Trotz mancher Enttäuschung gelang es im Laufe der Jahre, einen brauchbaren Stamm von eingeborenen Hilfskräften heranzubilden.

Von dem stillen Vorbild dienender Liebe, das der Arzt im kleineren Kreise gibt, gehen Wirkungen auf die Krankenpfleger und die Hebammen aus, und diese bilden schließlich einen Stamm von Arbeitern der Inneren Mission unter ihren eigenen Volksgenossen. Außerdem aber bietet sich dem Missionsarzt selbst allenthalben Gelegenheit, direkt aufklärend und erziehend auf die einzelnen Kranken und deren Umgebung, sowie auf das Volksganze zu wirken, auf die Wichtigkeit der Reinheit des Körpers, der Kleidung, der Häuser und Dörfer hinzuweisen, über das zweckmäßige Verhalten bei Epidemien zu belehren und die Angehörigen zur Hilfe bei der Versorgung der Kranken heranzuziehen.

Es ist vielleicht nicht ganz überflüssig, auf die Gefahr hinzuweisen, daß die Leute es gern als selbstverständlich ansehen, daß der Missionsarzt seine Hilfe stets umsonst, oder gegen ein ganz geringes Entgelt gewährt. Es gehört daher auch zu seiner Erzieheraufgabe, daß er das Volk nicht verwöhnt, sondern dazu anleitet, der schuldigen Dankbarkeit nach Vermögen durch Gaben Ausdruck zu verleihen, die dann der Behandlung der wirklich Armen zugute kommen können.

Wiederholt benützten wir Missionsärzte auch das christliche Gemeindeblatt, um durch allgemeinverständliche Aufsätze weitere Volkskreise zu belehren, etwa über Malaria, über Beriberi oder über die Giftschlangen. Die Überhandnahme der venerischen Krankheiten infolge des Vordringens der Plantagen im Osten und Westen des Bataklandes gab mir Anlaß zu einem Artikel, in dem ich auf die das Batakvolk von dieser Seite bedrohenden Gefahren hinwies. Ein Sonderabdruck dieses Aufsatzes wurde als Flugblatt verbreitet. Daß dieser ärztliche Warnruf als zweckmäßig anerkannt wurde, erhellt daraus, daß er später wiederholt abgedruckt wurde.

Auch wenn der Missionsarzt bei der Eröffnung eines Hospitales seine Aufgabe zunächst nur in der Fürsorge für den einzelnen Kranken sieht, so werden die Verhältnisse es ihm eben doch früher oder später zur Pflicht machen, daß er der Hebung der Gesundheitsverhältnisse des ganzen Volkes seine Aufmerksamkeit zuwendet. Es geht ihm dabei so wie dem Missionar, der zunächst nur den Auftrag fühlt, einzelne Seelen zu gewinnen, der sich aber weiterhin des hohen Zieles der Gründung einer Volkskirche bewußt wird.

Im Kampf gegen die Macht des heidnischen Aberglaubens ist der Missionsarzt dem Missionar der beste Bundesgenosse.

Tagtäglich bringt ja die Praxis den Missionsarzt in Berührung mit den Lebensäußerungen der animistisch-spiritistischen Weltanschauung, denn diese ist nicht nur bei den Heiden[1]) und Mohammedanern sondern auch bei den Christen wirklich noch lebendig. Das Tragen von Amuletten ist noch immer sehr verbreitet, vor allem behängt man die Kinder damit. Selbst bei einem Gemeinde-

[1]) Siehe Tafel 10.

ältesten kann man noch die dornigen Zweige eines Zitronenbaumes über der Türe hängen sehen; sie sollen die bösen Geister abschrecken, die der im Hause befindlichen Wöchnerin nach dem Leben trachten. Das am Kopfende eines Krankenlagers aufgehängte, aus den „Biblischen Geschichten" herausgerissene Blatt mit der Darstellung der Kreuzigung muß jetzt als Ersatz dienen für das Zauberbuch, das man früher dort anbrachte, um die bösen Geister zu vertreiben. So bietet sich dem Missionsarzt fortwährend Gelegenheit, allerlei heidnischen Aberglauben zu beobachten und zu bekämpfen.

Vor allem bei Epidemien erwächst dem Missionsarzt die Pflicht, auf weitere Volkskreise einzuwirken. Bei einer Cholera-Epidemie auf der Toba-Insel hielt ich den Häuptlingen, auf deren Unterstützung wir bei der Erfüllung unserer Aufgabe angewiesen waren, einen Vortrag, um ihnen unsere Maßnahmen verständlich zu machen. An die Spitze meiner Ausführungen stellte ich den für uns sehr selbstverständlich klingenden Satz: „Nicht die begu, die Geister der Toten, verbreiten die Epidemie, sondern die Menschen". Ich möchte bezweifeln, daß meine Erklärung ungeteilte Zustimmung fand, zumal ich hinterher erfuhr, daß die Leute unsere Medizinen und Desinfektionsmittel ohne weiteres als „pagar" und „porsalision" bezeichneten, d. h. als Schutz- und Abwehrmittel gegen die bösen Geister, die nach batakscher Auffassung die Urheber dieser Seuche sind. Immerhin durfte ich das Bewußtsein mitnehmen, wieder einmal eine Gelegenheit benutzt zu haben, einen Funken wissenschaftlicher Erkenntnis in die Nacht heidnischen Aberglaubens geworfen zu haben. In der Landschaft Uluan planten bei einer Cholera-Epidemie die Heiden unter Anführung ihrer Zauberdoktoren ein großes Opferfest auf dem öffentlichen Marktplatz, der Kultstätte der Ahnengeister; das Zusammenströmen von Tausenden von Stammesangehörigen würde der Ausbreitung der Seuche nur Vorschub geleistet haben. Deshalb wurde die ganze Veranstaltung auf Rat des Arztes vom Regierungsbeamten kurzerhand verboten.

Man darf sich nicht der Täuschung hingeben, daß es mit Leichtigkeit gelingen müsse, die animistische Anschauuung von dem Wesen der Krankheiten und ihrer Behandlung zu überwinden. Den Batak ist es vielmehr zunächst selbstverständlich, daß ihre Zauberdoktoren zum wenigsten alle im Batakland vorkommenden Krankheiten besser kennen und zu behandeln verstehen als der fremde Arzt, vor allem die Krankheiten, die nach ihrer Überzeugung auf eine Verstimmung der Seele des Erkrankten oder auf den Einfluß der Geister der Verstorbenen oder auch auf die Einwirkungen der astrologischen Geistermächte zurückzuführen sind.

Trotzdem darf der Missionsarzt guten Mutes seinen Dienst tun. Es ist ihm eine Freude, seine ärztlichen Fähigkeiten im Dienst der Liebe frei entfalten zu dürfen. Gerade in diesem Dienste darf er sich als Missionsarzt fühlen und wissen; hier steht er Schulter an Schulter mit dem Missionar, dem er die Wortverkündigung im Krankenhause auch weiterhin gerne überläßt, in segensreicher Arbeitsgemeinschaft auf der Grundlage einer für alle Teile zweckmäßigen Arbeitsteilung.

Die Bedeutung des einheimischen Personals für die missionsärztliche Arbeit auf Java

Von Dr. med. O. Sickinger, Neukirchener Mission

Wollen wir bei der Bevölkerung Javas Vertrauen wecken und Einfluß auf sie gewinnen, dann müssen wir uns vor allem die Einbildung auf unsere europäische Kultur abgewöhnen, die wir so leicht einem primitiven Volk gegenüber empfinden. Wir müssen in Liebe zu ihr hinuntersteigen, um eine feste Grundlage zu gewinnen für ihre Emporhebung.

Der Javane hat von Haus aus gar kein Verständnis für unsere europäische Weisheit. Eure Gedanken sind gut, aber sie sind europäisch, wir Javanen denken anders. Ja, dies „anders" geht bis in die kleinsten Kleinigkeiten hinein. Es gibt fast keinen Handgriff, den der Javane auf die gleiche Weise macht, wie wir es gewöhnt sind. Vom einfachen Deuten mit dem Finger, bis zu den feinsten Höflichkeitsformen, vom Schälen einer Frucht oder einer Kartoffel bis zur Handhabung des Pflugs macht er alles anders. Auch sein Gemüts- und Willensleben ist ein anderes und wir brauchen viele Jahre, bis wir ihn gut verstehen. So ist auch seine Einstellung zur Krankheit eine andere, als die unsrige.

Er ist ja offiziell Mohammedaner, in Wirklichkeit aber Animist. Islam und Animismus schließen einander nicht aus, sie blühen überall in engster Gemeinschaft. Der Animismus ist die ursprüngliche Religion auf Java. Hinduismus und Buddhismus sind an ihm vorübergegangen und haben ihre Spuren hinterlassen.

In den meisten Fällen macht der Javane die Wirkung der Geister verantwortlich für die Krankheit. Die Geister rächen sich an denen, die sich nicht um sie kümmern. Für jede Handlung muß man womöglich einen geeigneten Tag aussuchen. Wenn man sicher gehen will, fragt man den Dukun (Arzt und Zauberer) nach einem günstigen Tag für den Antritt einer Reise, für den Umzug in ein neues Haus, für das Befragen des Arztes, für die Einreichung einer Bittschrift, für eine Hochzeit und für tausend andere Handlungen. Besonders schwer rächen sich die Geister dann, wenn man ihre Ruheplätze stört: Friedhöfe, merkwürdige Bäume und Steine und all die Plätze, an denen besondere Naturerscheinungen beobachtet werden. Die Rache trifft nicht nur den einzelnen, sondern auch die Gemeinschaft, in der er lebt, die Familie, das Dorf. Krankheit unter Mensch und Vieh, Epidemien, Mißernte, Erdbeben sind die Folge davon. Man hat freilich auch Mittel, um die Geister zu versöhnen.

Von dem staatlichen Dienst für die Volksgesundheit werden fahrbare Kinos eingerichtet, die durch den Film Aufklärung verschaffen sollen über

Wesen und Ursachen der ansteckenden Krankheiten. Das verfehlt seine Wirkung sicher nicht auf den aufgeklärten Städter; der einfache Dorfbewohner aber wird sich bei dem Film belustigen nicht nur über die Darstellung selbst, sondern auch über den neuen Beweis der Beschränktheit der Europäer, die nicht wissen, daß trotz alledem die Geister ihre Macht ausüben und Krankheit über den Menschen bringen. Über die Weißen scheinen sie allerdings keine Macht zu haben, da sie nichts davon wissen.

Doch werden trotzdem natürliche Ursachen der Krankheiten nicht immer abgelehnt und darum gegen manche Krankheitserscheinungen auch oft zweckmäßige Mittel gebraucht. Manche dieser Mittel sind — wenn auch teilweise mit anderen Indikationen — in den europäischen Arzneischatz übergegangen; genannt seien: Temulawa, Species antiaphthosae, Folia orthosiphonis, Oleum kajuputi. Auch alte und heute verlassene europäische Gebräuche können sich festsetzen; es wirkt allerdings lächerlich auf uns, wenn wir das Bier, das Stärkungsmittel der stillenden Mutter, hier wiederfinden als Arznei zur Förderung der Geburt. Sehr beliebt sind Einreibungen, die meist eine stärkere Hautdurchblutung und Wärmegefühl erzeugen. So die einfache Mischung von Kalk und Zitronensaft, oder auch allerlei Gewürze: Nelken, Zimt, Ingwer, gestampft und mit Zitronensaft vermengt. Andere Einreibemittel haben einen animistischen Ursprung, so soll das Einreiben eines Breis von geschabten Menschenknochen gut sein gegen die sehr verbreiteten Knochenschmerzen bei Framboesie (man denke an die Salbe aus „Kammfett von einem Gehenkten" u. ä. im finsteren Mittelalter).

Das verbreitetste und am häufigsten angewandte Mittel ist aber die Massage. Wer sich müde und abgespannt fühlt, der läßt sich massieren. Bei Schmerzen und Krankheiten irgend welcher Art wird neben anderen Mitteln stets auch die Massage angewandt. Man kann Rühmendes hören über die Kunst der javanischen Masseusen, meist älterer Frauen. Ich habe jedoch viel Nachteiliges gesehen; besonders erinnere ich mich an drei Fälle von Typhus, bei denen nach der Massage ein Durchbruch von Darmgeschwüren stattfand. Die Dukun (hier die „weise Frau", die Hebamme), die bei der Geburt hilft, bleibt einen Monat lang im Hause des begüterten Javanen und hat durch tägliche Massage mit Bewegung und Reckung der Gelenke dafür zu sorgen, daß der kleine Erdenbürger starke und schlanke Formen bekommt, einen schön geformten Kopf, eine lange Nase, anliegende Ohren usw.

Aber auch die Ausübung der Massage ist, — soweit sie berufsmäßig ausgeübt wird, — nicht ohne animistische Grundlage. Darauf weist schon das Abbrennen von Räucherwerk bei der Handlung. Daß der Javane stets nach den Enden der Extremitäten zu massiert (auch hier „anders" als wir), erklärt sich durch die Vorstellung, daß so die Krankheitsgeister aus dem Körper getrieben werden.

Sehr verbreitet ist die Zauberei. Amulette sind allgemein im Gebrauch. Der Dukun kennt allerlei merkwürdige und umständliche Mittel zur Umstimmung der Geister. Oft genügt aber ein unverständlicher zauberkräftiger Spruch und das Anspucken des kranken Körperteils (etwa des Auges!) als Heilmittel.

Natürlich gibt es Gebildete und Aufgeklärte, die diese Anschauungen mehr oder weniger überwunden haben, aber im allgemeinen ist das das Milieu, in dem der Missionsarzt arbeitet. Über diesen breiten Strom fremdartiger Gedanken und Anschauungen hinweg hat er die Brücke zu schlagen zur Seele des Javanen. Dazu kommt noch, daß manche gerade durch unsere Missionsarbeit abgehalten werden, zu uns zu kommen. Sie haben die unklarste Vorstellung vom Christentum und von den Christen und fürchten womöglich, daß sie von uns eine Arznei bekommen könnten, die sie zwinge, Christen zu werden. Oder man macht ihnen weis, daß sie gewiß in die Hölle kommen, wenn sie unsere Arznei nehmen, ebenso wie auch wir nach mohammedanischer Anschauung verdammt werden. Andere werden wieder durch die allgemeine Furcht abgehalten, die man dem Europäer gegenüber hat, der den kleinen Kindern gegenüber die Rolle erfüllt, die bei uns der „schwarze Mann" spielt; er teilt diese zweifelhafte Ehre mit dem Tiger und dankt sie seinem in früheren Zeiten und auch jetzt noch manchmal beliebten barschen Auftreten.

Neben den Schatten muß ich aber auch das Licht setzen. Die hier bereits seit 3 Jahrzehnten betriebene missionsärztliche Arbeit hat viel Vertrauen geweckt. Wir haben einen kleinen Kreis von Menschen, — auch außerhalb der Christengemeinde, — die nicht erst in der höchsten Not zu uns kommen, nachdem sie nacheinander eine Reihe von Dukuns (stets mehrere, oft über ein Dutzend) vergebens aufgesucht haben, so daß es für eine wirksame Hilfe oft schon zu spät ist. Das ist ja die nächste Aufgabe für uns Missionsärzte: Vertrauen zu schaffen und so der Verkündigung des Evangeliums den Boden zu bereiten. Wir freuen uns des Erfolges, aber er ist noch sehr klein.

Ein sehr wichtiges Mittel, um unsern Einfluß zu vermehren und das Vertrauen zu uns zu stärken, ist: gutes eingeborenes Personal. Der Mittelperson des eingeborenen Pflegers bedienen wir uns in vielen Fällen, wo uns Geduld und Fähigkeit der Überredungskunst abgehen. Ja, einfache Anweisungen an die Kranken lassen wir oft durch den Pfleger oder die Pflegerin wiederholen, um sicher verstanden zu werden. Der einfache Javane, der noch wenig mit Europäern in Berührung gekommen ist, versteht uns oft nicht, auch wenn wir gut javanisch sprechen. Noch mehr brauchen wir die Hilfe des einheimischen Pflegers, wenn es sich darum handelt, jemand davon zu überzeugen, daß es notwendig ist, sich ins Krankenhaus aufnehmen zu lassen, oder sich einer Operation zu unterziehen. Es ist eben eine allgemein anerkannte Tatsache, daß man uns Europäern oft mit Mißtrauen begegnet, während der Landsmann den größten Gallimathias behaupten kann und Glauben findet, je wunderbarer, desto eher. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen unser autoritatives Auftreten schneller zum Ziele führt, als die langsam vorgehende Überredungskunst des Pflegers.

Wie wichtig der tüchtige christliche Pfleger in Vorbild und Belehrung für den missionarischen Teil unserer Aufgabe ist, ist einleuchtend. Je selbständiger er arbeiten kann, um so mehr treten seine Vorzüge in Erscheinung. Ich denke dabei vor allem an die Arbeit in den Hilfskrankenhäusern und Außenpolikliniken.

Fast in allen Missionskrankenhäusern auf Java wurde man durch die Arbeit dazu gedrängt, an Orten in der weiteren Umgebung Polikliniken einzurichten. Diese Plätze werden an festgesetzten Wochentagen je nach Möglichkeit und Bedürfnis alle 14 Tage, oder ein oder zweimal wöchentlich vom Arzt besucht. Der dort stationierte Pfleger hat eine doppelte Aufgabe. Einmal muß er die Poliklinik verwalten und die Anordnungen des Arztes ausführen, darüber hinaus aber fungiert er als dessen Vertreter, gibt selbständig einfache Arzneimittel ab und behandelt Wunden und Geschwüre. Auf der andern Seite hat er auch eine missionarische Aufgabe, von ihm soll die Missionierung der Umgebung ausgehen. Man muß freilich dafür sorgen, daß er die Gemeinschaft mit anderen Christen nicht entbehrt. Sein Haus ist der Stützpunkt des eingeborenen Evangelisten und des Kolporteurs. Wenn irgend möglich, wird an dem Platz auch eine eingeborene Hebamme stationiert. Ideal ist es, wenn der Pfleger mit einer solchen verheiratet ist. Es hat sich gezeigt, daß die eingeborene Hebamme viel schneller bei der Bevölkerung Eingang findet, als eine europäische Schwester, die als Fremde nur in der Not geholt wird.

Zeigt sich das Bedürfnis zur Aufnahme von Kranken, so wird die Poliklinik zum Hilfskrankenhaus erweitert. Häufig wird ein solches kleines Krankenhaus dann einer europäischen Schwester unterstellt. Je länger man aber der Ausbildung der einheimischen Pfleger seine Aufmerksamkeit schenkt, umso mehr sieht man, daß auch sie sehr gut einem solchen Krankenhausbetrieb vorstehen können, natürlich unter ständiger Kontrolle vom Hauptkrankenhaus aus. Vor allem da, wo viel Zuckerfabriken oder andere Unternehmungen sind, die die Unkosten der Hilfskrankenhäuser tragen, hat sich das System der Hilfskrankenhäuser sehr entwickelt. In unserer Arbeit unter einer armen Bevölkerung, in einem Gebiete mit viel Wald und ohne Zuckerplantagen, geht es damit langsamer voran.

Natürlich muß die Ausbildung den gesteigerten Anforderungen Rechnung tragen. In den Pflegerunterricht wird im allgemeinen nur aufgenommen, wer die fünfklassige Volksschule durchlaufen hat oder eine gleichwertige Vorbildung besitzt. Nach dreijähriger praktischer und theoretischer Ausbildung kann das staatliche Examen abgelegt werden. Die Forderungen entsprechen etwa dem, was eine europäische Schwester wissen muß. Im Vergleich zu der Umgebung, aus der unsere Leute kommen, sind diese Forderungen sehr hoch. Aber wir sind in der glücklichen Lage, ein Überangebot von männlichen Lehrlingen zu haben, und können so die besten auswählen. Wer sich im Lauf der Ausbildung als ungeeignet erweist, der wird entlassen. Falsches Mitleid schadet nur.

In vielem müssen sie umlernen. Weil die Anforderungen, die an sie gestellt werden, hoch sind, müssen sie noch jung sein — 16 Jahre im allgemeinen, — wenn sie eintreten. Je älter man ist, um so schwieriger lernt man; ist das schon bei uns der Fall, wieviel mehr beim Javanen. Auch der junge Christ steht natürlich unter dem Einfluß der allgemeinen Sitte. Er muß eine ganz andere Einstellung zur Krankheit und zum kranken Menschen gewinnen. Vor allem muß er lernen, Mitleid zu haben und Liebe zu üben, auch dem

gegenüber, der arm und verlassen und verachtet ist. Wir ahnen kaum, wie schwer ihm das wird, denn der Javane kennt diese Tugenden nur der eigenen Familie gegenüber. Weil ihm meist die inneren Fähigkeiten zur Krankenpflege von Haus aus abgehen, muß der praktische Unterricht um so eingehender sein. Neu ist oft für ihn auch promptes Gehorchen und systematisches Arbeiten. Es geht nicht anders, er muß nach europäischen Begriffen arbeiten lernen. Den Jungen fällt dies leichter als den Mädchen, darum lassen wir diese erst eine Zeitlang in einer europäischen Haushaltung arbeiten. Die javanische Frau zeigt sich im allgemeinen weniger reif zu selbständiger Arbeit. Das hängt mit ihrer sozialen Stellung zusammen, die ihr bis jetzt nur ausnahmsweise Gelegenheit gab, ihre Gaben zu entwickeln. Auch für die javanische Frau hat eine neue Zeit begonnen. Weibliche Pflegekräfte waren früher schwer zu bekommen. Die Sitte forderte, daß das Mädchen mit 15 bis 16 Jahren verheiratet war. Gegenwärtig heiraten sie, abgesehen von dörflichen Verhältnissen, häufig später. Die Vorbereitung zu Operationen, Sterilisation von Verbandstoffen und Instrumenten und deren Pflege, die Bereitung von Arzneien in der Apotheke, einfache chemische und mikroskopische Untersuchungen im Laboratorium, das alles wird von einheimischen Pflegern ausgeführt. In den Anfängen der Arbeit war es natürlich anders. Der Arzt und die Schwester mußten alles selbst tun. Personal war schwer zu bekommen, man mußte nehmen, was man kriegen konnte. Ein Kranker, der lange im Krankenhaus war und sich zur Hilfe geschickt erwiesen hatte, ein gewandter Garten- oder Hausjunge wurde zum Pfleger, und die besten von ihnen sind heute noch in der Arbeit. Es ist viel Geduld, viel Liebe, viel Verständnis nötig für diese Erziehungsarbeit, ihre Frucht darf nicht nur in guten Pflegern bestehen, sondern auch in besseren Christen.

Die Aufgabe der europäischen Schwester verändert sich mit der wachsenden Verselbständigung unseres Personals zusehends. Sie hat nicht mehr selbst zu pflegen, sondern Anleitung zur Krankenpflege zu geben oder die wirtschaftliche Verwaltung zu führen. Ihr Dienst besteht jetzt in der Leitung. Das stellt größere Anforderungen an sie. Nur die Schwester wird von der Arbeit im Missionskrankenhaus befriedigt sein, die die Eigenschaften einer leitenden Schwester mitbringt. In dieser Stellung wird sie aber an den größeren Krankenhäusern vorläufig nicht entbehrt werden können.

Man könnte einwenden, und das ist von verschiedenen Seiten schon geschehen, daß man mit solcher selbständigen Verwendung von Krankenpflegern Quacksalber züchtet. Gewiß, es sei zugegeben, diese Gefahr besteht; aber sie kennen, heißt, sie vermeiden. Hätten wir Ärzte im Überfluß, und was noch wichtiger ist, fänden diese Eingang bei der Bevölkerung und wäre diese finanziell tragfähig für eine ausreichende ärztliche Versorgung, niemand würde daran denken, gewissermaßen einen neuen Stand zwischen Arzt und Krankenpfleger einzuschieben. Aber alle diese Voraussetzungen treffen nicht zu. Und das Übel, das wir bekämpfen — die Krankheitsnot, der Aberglaube, die Dukuns — ist so groß, daß wir alle brauchbaren Mittel dagegen ergreifen

Batakſcher Zauberer, Ururur-großvater, über 100 Jahre alt

Schweſt. Alwine Hamacher mit ihren batakſchen Hebammenſchülerinnen i. Pearadja

Geiſteskranker Bataker im Stock auf der Tobainſel (Sumatra)

Javanische Hebammenschülerinnen des Neukirchener Missionsspitals Purwodadi (Dr. Sickinger)

Krankentransport einer kleinfüßigen Chinesin im Korb zum Hospital Kiukiang (Porzellanmarkt Chinas) Prov. Kiangsi (Dr. Stone)

müssen. Wir dürfen keine europäischen Maßstäbe anlegen, sondern müssen daran festhalten, daß wir uns in einer — wenn auch raschen — Entwicklung befinden, und müssen danach trachten, diejenigen Maßnahmen zu ergreifen, die im gegebenen Entwicklungszustand dienlich sind, wobei freilich zu beachten ist, daß dieser Entwicklungsstand je nach Ort und Stand eine sehr verschiedene Höhe aufweisen kann.

Unseren einheimischen Kräften ist es in viel höherem Maße als uns Fremden möglich, Einfluß auf die Bevölkerung zu gewinnen. Mit ihrer Arbeit legen sie eine Bresche in den Festungsgürtel. Zugleich aber ist der selbständige Dienst dieser Heilgehilfen und Hebammen[1]) die beste Bekämpfung der männlichen und weiblichen Dukuns, deren Einfluß soviel körperliches und seelisches Elend zugeschrieben werden muß. Sie kennen die Anschauungen ihres Volkes und sind doch davon gelöst durch eine christliche Erziehung und gute Fachausbildung. Neben dem Evangelium ist es ein Stück europäischer Kultur, das wir den Javanen mit unserer ärztlichen Arbeit bringen, und das muß zu ihnen kommen in vertrauenweckendem Kleide. Es darf nicht nur zersetzend auf ihre religiösen Grundanschauungen wirken, sondern es muß ihnen zugleich eine neue feste religiöse Grundlage geboten werden im Christentum. Der Javane ist durchaus religiös. Sein ganzes Leben wird durch religiöse Anschauungen beherrscht. Seine animistisch bestimmte Religiosität ist anders, als die unserige; breit und oberflächlich, sie ist aber doch Religiosität. Der tötende Einfluß, den die europäische religionslose Kultur auf die Primitiven ausübt, nimmt ihm einen Teil seiner Sitte und ihre religiöse Grundlage, ohne ihm etwas besseres dafür zu geben, und macht ihn damit haltlos. Wir aber wollen ihm im Christusglauben tragfähige religiöse Grundpfeiler geben, auch für die neu eindringende Kultur.

Ist es nicht merkwürdig, daß wir trotz mancher Gegenwirkung von mohammedanischer Seite als Missionsärzte mehr Zulauf haben und mehr Vertrauen genießen als nichtchristliche, auch einheimische Ärzte? Die Syntheſe von Arzt und Missionar, Religion und ärztlicher Wissenschaft ist für die Javanen einleuchtend und nicht mit solchen Schwierigkeiten verknüpft wie für uns. Der Begriff „Missionsarzt" ist ja auch auf dem Missionsfeld entstanden und nicht in der Heimat konstruiert.

Um unserer Arbeit die volle Frucht zu schaffen, — soweit sie menschlicher Bemühung erreichbar ist, — müssen wir der Ausbildung unseres einheimischen Personals unsere ganze Aufmerksamkeit zuwenden. Den besseren unter ihnen müssen wir Gelegenheit zu selbständiger Betätigung geben, denn sonst entwickeln sich ihre Fähigkeiten nicht. Wie der Missionar nicht auskommt ohne die mehr oder weniger selbständige Mitarbeit einheimischer Kräfte in Kirche und Schule, so kommt auch unsere Arbeit nicht zur Geltung ohne sie. Ihre Mitwirkung brauchen wir zur Ausbreitung und Vertiefung unseres Einflusses im Volk. Ohne einheimische Mitarbeit gewinnt die Mission keinen Einfluß auf das Volksleben; nur wo dieser Einfluß des Christentums auf das Volksleben besteht, da bildet sich eine selbständige christliche Missionsgemeinde.

[1]) Siehe Tafel 11.

Die derzeitige Lage der ärztlichen Mission in China

Von Dr. med. J. L. Maxwell, Schriftleiter des China Medical Journal

Bericht der missionarischen Abteilung des Ärztevereins in China vom 16. 2. 1928

Es ist kürzlich zur Kenntnis des Rates der missionarischen Abteilung des Ärztevereins in China gelangt (Council of the Missionary Division of the China Medical Association), daß Missionsärzte, die augenblicklich auf Urlaub in der Heimat weilen, dort zurückgehalten werden, weil es unerläßlich scheine, daß, ehe sie wieder auf ihre Stationen zurückkehren, bestimmte Richtlinien (a definite policy) festgelegt werden, nach denen die ärztliche Missionsarbeit in China künftig geschehen soll. Wir wissen nicht, inwieweit diese Absicht bei den Missionsleitungen und Gesellschaften daheim tatsächlich bewußt besteht, glauben aber, daß ein Bericht über unsere gegenwärtige Lage hier in China überall eine willkommene Aufnahme finden wird und in dieser kritischen Zeit den Leitungen daheim helfen kann, über die Rückkehr der Missionare auf ihr Arbeitsfeld und die Heranbildung junger Kräfte zu einer klaren Entscheidung zu kommen. Wir müssen uns dabei auf das Gebiet der ärztlichen Mission beschränken, da unsere Kenntnis der andern Arbeitszweige nicht dazu hinreicht, daß wir uns eine klare Meinung über ihre Verhältnisse bilden könnten und wir darum in der Berichterstattung die uns gezogenen Grenzen überschreiten würden.

Auf der andern Seite ist es die Überzeugung dieses internationalen und interdenominationalen Rates, daß er, bei der gründlichsten Information, die ihm im Augenblick möglich ist, seine Pflicht versäumte, wenn er die so gewonnenen Tatsachen und die Folgerungen, die daraus zu ziehen sind, nicht zur Kenntnis der heimatlichen Leitungen und Gesellschaften brächte.

Folgende Tatsachen liegen vor uns:

1. Infolge der politischen Erschütterungen in China ist während des vergangenen Jahres entweder direkt oder auf dem Weg über die Konsularvertreter der jeweiligen Nationen, denen die Missionsleitungen angehören, die große Mehrzahl der ausländischen ärztlichen Missionsarbeiter von ihren Stationen vertrieben worden.[1])

2. Für einen großen Teil der missionsärztlichen Arbeiter war der Urlaub entweder ungefähr fällig oder kam verfrüht infolge der Unsicherheit der Lage.

3. Die übrigen waren genötigt, in den Küstenstationen zu bleiben oder in benachbarten Ländern ihre Dienste zur Verfügung zu stellen.

[1]) Nicht die deutschen (Schriftl.).

4. Einige wenige Hospitäler wurden beschlagnahmt oder zerstört; die meisten aber von dem chinesischen Personal weitergeführt, so gut dies unter den äußerst schwierigen Umständen möglich war. Die Treue dieser Männer und Frauen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

5. Während der letzten zwei oder drei Monate erfolgte eine fortgesetzte Rückkehr der ausländischen Ärzte auf ihre Stationen, wo sie fast ausnahmslos sowohl von der Bevölkerung als von den chinesischen Gehilfen sehr herzlich wieder aufgenommen worden sind. Dies war ausnahmsweise nicht der Fall in einigen wenigen der größeren Städte und besonders in einem oder zwei nordöstlichen Distrikten der Kantonprovinz, wo das kommunistische Element noch am Ruder ist und seine Schreckensherrschaft ausübt, wie auch in Honan, wo das Land durch die kämpfenden Truppen entsetzlich verwüstet worden und ein Ende dieses Unheils noch nicht abzusehen ist.[1])

6. In den politischen Unruhen, die noch nicht abebbten, sind zwei Medizinschulen der ärztlichen Mission zerstört worden; auch mußte der Betrieb in den rein chinesischen Medizinschulen ganz oder teilweise eingestellt werden. Die Folge davon ist, daß China für die nächsten Jahre, im Vergleich mit normalen Verhältnissen, weniger als die Hälfte neu ausgebildeter Ärzte zu erwarten hat.

7. Die auf ihre Stationen zurückkehrenden Ärzte nehmen die Arbeit wieder auf nach den besonderen Bedürfnissen und Möglichkeiten jeder Station und ohne den Gedanken einer einheitlichen Politik, da eine solche bei den augenblicklichen Zeitverhältnissen gar nicht in Frage käme.

Das sind die Tatsachen, mit denen wir in China augenblicklich zu rechnen haben, und alles weist darauf hin, daß die gegenwärtige Lage, welche wachsende Möglichkeiten für die Rückkehr der Missionsärzte bietet, anhalten wird.

Gewisse Folgerungen mit Beziehung auf die ausländischen ärztlichen Missionsarbeiter können klar gezogen werden.

1. Das Bedürfnis nach ausländischen ärztlichen Missionsarbeitern in China wird unter den gegenwärtigen Nöten eher größer als kleiner werden. Die Not der Bevölkerung in den Landbezirken ist größer als je, die Zahl der Ärzte aber geringer als seit Jahren. Die Leute sind verarmt infolge der schweren Steuern für die Aufrechterhaltung der Armeen und infolge der Ausschreitungen der Soldaten, die auch mit schuld sind an der erschreckenden Zunahme ansteckender Krankheiten. Wie schon erwähnt, wird die Versorgung mit chinesischen Ärzten in den nächsten Jahren stark nachlassen; dazu kommt noch, daß viele, die bereits in praktischer Arbeit in den Landbezirken standen, zum Militärdienst eingezogen wurden. Die ungeheuer große Zunahme des Opiumlasters in manchen Bezirken trägt sehr zum Überhandnehmen des physischen Elends bei.

[1]) Inzwischen ist eine gewisse Beruhigung in den innerpolitischen Verhältnissen Chinas eingetreten. (Schriftl.)

2. Es ist in Anbetracht der gegenwärtigen Verhältnisse von Wichtigkeit, daß die Krankheit verhütende Seite der Medizin besonders betont werde, zumal von denen, die jetzt frisch in die Arbeit eintreten.

3. Es ist ganz unstatthaft, die allgemeinen Grundsätze des Abbaus bei den heutigen wirren Zuständen auf die Missionsspitäler anwenden zu wollen. Zwar müssen diese Ideale immer wieder betont und die Wege, die dahin führen, daß die Hauptarbeit und Verantwortung in organisatorischer und finanzieller Hinsicht auf chinesische Schultern gelegt werde, dürfen nicht aus dem Auge gelassen werden; aber die schreiende Not des Augenblicks ist die Linderung der Leiden der Bevölkerung. Es muß danach getrachtet werden, daß die frühere Arbeit wieder hergestellt werde, so wie es den Bedürfnissen jedes besonderen Ortes entspricht.

4. Der ärztlichen Mission steht zurzeit eine Türe zu evangelistischer Missionsarbeit offen, wie nie zuvor. Die antichristliche Bewegung ist in den meisten Gegenden vollständig erloschen, und es ist eine merkwürdige Empfänglichkeit für das Evangelium vorhanden. Die gewöhnlichen evangelistischen Methoden sind, da das Räuberwesen bedenklich zugenommen hat, an den meisten Orten noch nicht wieder durchführbar; die Probleme des Erziehungswesens sind noch ungelöst, und eine unmittelbar bevorstehende Lösung ist nicht zu erwarten. Das Missionskrankenhaus aber hat als Grundlage für die evangelistische Arbeit eine einzigartige und große Gelegenheit, und es wäre schlimm, wenn sie ungenützt bliebe.

Wir fassen zusammen: Die missionsärztliche Arbeit kann in den meisten Zentren mit einzigartigen aussichtsvollen missionarischen Möglichkeiten wieder aufgenommen werden. In der hinter uns liegenden Zeit hat die ärztliche Mission sich immer wieder als die Speerspitze missionarischen Vorrückens in noch unbesetztes Gebiet bewährt. Jetzt bietet sie die vielversprechende Methode, die missionarische Arbeit wieder aufzunehmen und verlorenen Boden zurückzugewinnen. Wesentlich ist jedoch, daß die Hände der Missionsarbeiter nicht durch Fragen allgemeiner Missionspolitik gebunden werden und daß Missionsärzte nicht zurückgehalten werden, bis solche Fragen ihre Lösung gefunden haben.

Die gegenwärtige Entscheidungszeit in China verlangt einen neuen Zustrom hingebender Männer und Frauen. Wir sind des Glaubens, daß, wenn diese Tatsachen den Heimatkirchen klar und deutlich vorgelegt werden, Mittel und Arbeiter frei werden zum Dienst, und bitten die heimatlichen Leitungen und Missionsgesellschaften, diesem Aufruf eine möglichst weite Verbreitung zu sichern.

Stets sind in kritischen Zeiten des nationalen Lebens der Völker Freiwillige an die Front getreten zur Rettung des Vaterlandes. Sollte die Kirche in entscheidungsvoller Stunde umsonst nach Männern und Frauen rufen in größerer Sache, denn die nationaler Bedrängnis? Wir können es nicht glauben. Wenn eine Gefahr da ist, so ist es die, daß die Furcht, auf eine falsche Bahn geworfen zu werden, die führenden Kräfte zurückhalte, den Ruf zur Arbeit so klar und hell erschallen zu lassen, wie die Zeit und die Sache Christi es doch erfordern.

Die ärztliche Versorgung der Missionsstationen in Südchina

Von Dr. med. H. Traut, Honyen, Basler Mission

Der Missionsarzt will durch die Ausübung seines Berufes in erster Linie den kranken Eingeborenen dienen und dadurch mithelfen, dem Evangelium den Weg zu ihren Herzen zu bahnen. Daneben fällt ihm eine zweite, ebenso wichtige Aufgabe zu, nämlich den Missionaren seines Dienstbereiches und deren Familien in Krankheitsfällen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Diese Aufgabe ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden, und ihre Erfüllung kann nicht immer der Dringlichkeit der Lage entsprechen.

Die Unterlandstationen des Basler Missionsgebietes in China können in kurzer Zeit in Canton oder Hongkong ärztliche Hilfe in genügendem Maße erreichen. Die Oberlandstationen sind dagegen auf die Hilfe der 3 Basler Missionsärzte in Kayin und Honyen und ausnahmsweise der 2 chinesischen Ärzte in Kayin angewiesen; außer diesen gibt es im ganzen Gebiet, dessen äußerste Stationen in der Luftlinie über 200 km auseinander liegen, überhaupt keinen Arzt mit voller Ausbildung. Die Entfernung der Stationen von den beiden Missionshospitälern beträgt nur selten weniger als zwei Tagereisen, in vielen Fällen jedoch beträchtlich mehr. Nur wenige Missionare können sich des Drahtes bedienen, um rasch den Arzt herbeizurufen; meist muß dieser durch Eilboten, in weniger schweren Fällen durch die Post von der Erkrankung in einer Missionarsfamilie in Kenntnis gesetzt werden. Von der nächstgelegenen Missionsstation kann ein Eilbote Honyen in 7—8 Stunden erreichen.

Honyen ist am Ostfluß gelegen, der sich mit seinen 2 Brüdern, dem Nordfluß und dem Westfluß, in einem weitausgedehnten Delta bei Canton ins Meer ergießt. Der Ostfluß und sein Nebenarm, der Kleine Fluß, der bei Honyen mündet, sind für die Stadt die Hauptverkehrswege nach Norden, Süden, Westen und Osten. Viele hundert Schiffe dienen dem Personen- und dem Frachtverkehr. Eine Eisenbahn gibt es hier nicht. Befahrbare Straßen und Fuhrwerke kennt man hier ebenso wenig. Soweit nicht der Fluß und seine Nebenarme zur Schiffahrt benützt werden können, wird alles über der Schulter an Bambusstangen getragen. Ein Mann trägt als Tagesleistung 60—70 Pfund 6—8 Stunden weit, bis das Ziel erreicht ist. Die Wege sind selten so breit, daß zwei Menschen nebeneinander gehen können. Auf dem Fluß verkehrten früher regelmäßig kleine Dampferchen; seit Jahren jedoch ist diese Verkehrsmöglichkeit fast völlig zerstört. Wochen und Monate lang ist keiner der

Dampfer zu sehen, der Fluß fließt dahin, wie in einem unbewohnten Lande, oft ist bis auf weite Strecken kein Boot sichtbar. „Warum"? so wird man erstaunt fragen. „Räuber überall", lautet die Antwort. Wer von ihnen überfallen wird, kann alles los werden, was er bei sich trägt; und wird er selbst mitgefangen, so kommt er meist nur gegen hohes Lösegeld frei. Auf dem Landwege kann man meist gegen Entrichtung einer kleineren oder größeren Abfindungssumme passieren. Auch der Missionar, der Arzt und die Schwester müssen auf ihren Reisen den Räubern Tribut bezahlen; es bleibt nichts anderes übrig, wenn die Missionsarbeit nicht geradezu lahmgelegt werden soll.

Reist man zu Pferde, so hat man oft Not, mit dem Reittier über die Flüsse zu kommen. Wohl gibt es da und dort gute Steinbrücken; aber noch mehr trifft man Holzstege an, über die kein Pferd zu gehen wagt, weil sie so schmal und gebrechlich sind. Ist das Wasser nicht allzu tief, so kann man durchreiten; sonst muß man eben einen weiten Umweg machen, ja unter Umständen stundenlang eine bessere Brücke oder eine Untiefe suchen. Reist man im Tragstuhl, so ist man ganz den Gewohnheiten und der Willkür der Träger ausgeliefert. Meist sind sie Opiumraucher und nicht an große Eile gewöhnt. Bei jeder Teehütte wird gerastet, und manchmal stellen sie plötzlich ab und erklären, nicht mehr tragen zu können, das soll heißen, sie wollen mehr Geld.

Ohne Hemmnisse und Schwierigkeiten geht keine Reise ab. Alles ist dazu angetan, eine rasche ärztliche Hilfeleistung zur Unmöglichkeit zu machen. Kein Wunder, wenn dann in vielen Fällen die Hilfe zu spät kommt, sodaß der Patient oder die Wöchnerin bereits wieder hergestellt sind und dem Arzt bezw. der Schwester entgegengehen können. Dieser Fall ist dann immer noch der erfreulichere, obwohl es für den Arzt doch auch ein recht ärgerlicher Gedanke sein kann, eine große Reise umsonst gemacht zu haben, wenn er in Sorge ist um den Zustand der im Spital zurückgelassenen Neuoperierten und Schwerkranken. Weit betrüblicher und geradezu niederdrückend ist es jedoch, wenn der Patient, dem der Arzt zu Hilfe eilen wollte, bereits zur letzten Ruhe gebettet ist.

Diese großen Schwierigkeiten lassen sich in ihrer Auswirkung nur dadurch etwas vermindern, daß der Patient oder dessen Angehörige — falls die Schwere der Krankheit es überhaupt erlaubt — sich dazu entschließen, den Arzt auf seiner Station aufzusuchen. Es kann auf diese Weise eine Zeit von 3—4 Tagen gewonnen werden. Bei leichteren, sich mehr in die Länge ziehenden Erkrankungen wird zunächst die briefliche Beratung im Vordergrunde stehen; der Arzt kann sich dann selbst die für seine Reise günstigste Zeit aussuchen. Aber nur in besonderen Fällen wird er sich zu einer Reise entschließen, da er sich stets dessen bewußt sein muß, daß eine Krankmeldung von einer andern Station ihn um einige Tage später erreichen wird, wenn er nicht vorher die beabsichtigte Reise allen Stationen seines Dienstbereichs mitgeteilt hat.

Man könnte versucht sein, diesem Übelstand durch eine weiterreichende medizinische Ausbildung der Missionare abhelfen zu wollen. Ich halte das

aber nicht für zweckmäßig; denn in schwierigen Fällen wird keine medizinische Ausbildung, die dem Voll-Medizinstudium nicht gleich kommt, als Ersatz in Frage kommen können. Auch die Besetzung der ärztlichen Station mit zwei Aerzten kann nur einen Teil der Schwierigkeiten beheben; die großen Entfernungen und die ihrer Überwindung im Wege stehenden Hindernisse bleiben ja die gleichen.

Wir müssen also bekennen, daß es in unserem Gebiete dem Missionsarzt leider noch nicht möglich ist, seine Aufgabe, auch den Missionsgeschwistern in allen Krankheitsfällen beizustehen, voll und ganz zu erfüllen. Er lernt hier eine neue Grenze menschlicher Kraft kennen, eine Grenze, über welche hinaus sein Glaube sich ganz auf die göttliche Durchhilfe angewiesen sieht.

Blinder Alarm

Ein Bild aus der ärztlichen Versorgung der Missionsstationen

Von Dr. med. E. Sikemeier, früher in Kayin, Basler Mission

Etwas mehr als zwei Monate waren vergangen, seit am Karfreitag des Jahres 1921 meine achtwöchige China-Reise mit der Ankunft auf der Spitalstation Kayin zum Abschluß gekommen war. Da hieß es schon wieder: packen und auf Reisen gehen. Es galt, auf zwei unserer Bergstationen, die 3 Tagereisen von Kayin entfernt sind, zwei jungen Müttern beizustehen. Zugleich wollte ich auch der Kayiner Gluthitze entfliehen, um in den kühleren Höhen von Nyenhang das Sprachstudium etwas müheloser fortsetzen zu können.

Der erste Zweck meiner Reise war bereits erfüllt: zwei stramme Missionarstöchterchen brachten auf ihren Stationen neues Leben ins Haus. Da kam am Abend des 8. August ein Eilbote mit der Nachricht von der schweren Erkrankung des Missionars H. in Honyen. Da ich im dortigen Spital alles zur Behandlung Notwendige vorfinden konnte, so war es in diesem Fall weniger wichtig, daß ich über die Art der Erkrankung vorläufig ganz im Ungewissen gelassen worden war. Unverzüglich wurde zur Abreise gerüstet. Missionar W., der am gleichen Tag in Nyenhang eingetroffen war, konnte mir glücklicherweise sein Pferdchen zur Verfügung stellen, und so brauchte ich nicht noch lange nach Sänftenträgern suchen zu lassen. Diese hätten sich auch kaum entschließen können, mit mir die nächtliche Wanderung durch die waldige Gebirgsgegend anzutreten; denn zu jener Zeit gingen in der Umgebung unheimliche Gerüchte über einen Tiger um, der zur Abendzeit einmal einen Bettler, ein andermal eine Lastträgerin überfallen und getötet haben sollte. Da mußte ich es dem Knecht von Missionar K. schon hoch anrechnen, daß er mir den Weg zeigen und zugleich mein Gepäck tragen wollte. Mit dem Reiten war es übrigens anfänglich nicht weit her. Dazu waren die Wege meist zu steil oder zu uneben. Und der Schimmel dankte mir die Rücksichtnahme auf ihn nicht einmal sonderlich; wiederholt schlug er nach mir aus und traf mich einmal in den Leib und dann wieder an den Oberschenkel, zum Glück nicht mit der Wucht eines beschlagenen Europäerpferdes, sondern so erträglich, wie es nur ein hufeisenfreies Mongolenpferdchen zustande bringt. Als es völlig dunkel wurde, hatten wir glücklich die unbequemste und ungemütlichste Wegstrecke hinter uns. Aber auch im Tal konnten wir nur im Schritt vorwärts kommen; der Knecht leuchtete mit der Laterne auf den holperigen, zwischen Reisfeldern sich hinschlängelnden Pfaden voran, und hinten folgte der müde Reiter. Einmal, als ich gerade über eine Brücke ritt, verschwanden Knecht und

Krankenpavillon im Union Medical College in Peking (Rockefeller-Stiftung)

Opfer der Hungersnot in Juentschau
Prov. Hunan, China

Missionsärztliche Dienstreise des Dr. Eitel in Hungkiang,
Provinz Hunan, China

Laterne vor mir um die Ecke; mein Pferd verlor dabei offenbar die Orientierung und glitt mit den Hinterbeinen über den Brückenrand; rasch gelang es mir, aus dem Sattel zu springen, bevor das Pferd in dem tiefen Wassergraben verschwand. Glücklicherweise war niemand zu Schaden gekommen. Das Pferd konnte sich aus dem Schlamm herausarbeiten und mit seinem Reiter die Reise fortsetzen. Kurz vor Mitternacht erreichten wir die Station Hokschuha und fanden dort liebevolle Aufnahme und einige Ruhestunden.

Anderntags wurde die Reise im Tragstuhl fortgesetzt. Das nächste Ziel war der am Ostfluß gelegene Markt Laulung; von dort aus konnte Honyen beim damaligen Wasserstand im Boot in etwa zwei Tagen erreicht werden. Einen großen Teil des Weges legte ich zu Fuß zurück, da meine Träger bald in ihrem Eifer nachließen und die Reise unliebsam in die Länge zu ziehen suchten. Kurz vor dem Ziel überraschte uns noch ein unheimlicher Gewitterregen, der den Weg bald zum schäumenden Bach umwandelte.

Bei der Ankunft in Laulung lag ein Telegramm vor, das mir meldete, meine Weiterreise nach Honyen sei nicht mehr nötig, das Befinden des Patienten habe sich gebessert. So bat ich denn um ein Nachtquartier in der dortigen Kapelle. Die chinesische Pfarrfrau tat ihr Bestes, um meinen Hunger zu stillen; und während sie das Mahl bereitete, stellten sich verschiedene Patienten ein, die sich die Gelegenheit, einen europäischen Arzt zu konsultieren, nicht entgehen lassen wollten. Da die Sprachkenntnisse aber keineswegs genügten, so suchte ich mich durch Gesten und unter Zuhilfenahme meiner Zeichenkunst verständlich zu machen. Müde streckte ich mich abends auf das chinesische Bretterlager und schlief trotz Moskitoplage und „Knochendruck" herrlich bis zum Morgen.

Die gleichen Sänftenträger, die mich tagszuvor nach Laulung gebracht hatten, erklärten sich bereit, mich wieder nach Hokschuha zu tragen. Sie wußten ja bereits, daß der Westländer besser zahlte als ihre Landsleute und daß er noch dazu die Hälfte des Weges zu Fuß ging. Ich aber schrieb später über meine Reiseerfahrungen an meine Frau: „Lieber reise ich mit einem ungezogenen Pferd, als daß ich mich den Launen und der Begehrlichkeit chinesischer Sänftenträger aussetze, wenigstens vorläufig, solange ich aus Sprachunkenntnis mit den Kerls nicht fertig werde."

Aus Honyen kam später der Bericht, daß Herr Missionar H. an einigen Furunkeln erkrankt war. Der chinesische Spitalassistent hatte es nicht gewagt, die Behandlung auf eigene Verantwortung durchzuführen. Ohne den Missionar zu fragen, der natürlich niemals seine Einwilligung dazu gegeben hätte, hatte er mich alarmiert; und erst am Abend des zweiten Reisetages erfuhr ich, daß mein Kommen unnötig sei.

III.

Der Dienst der Frau in der ärztlichen Mission

Pionierdienst in Kamerun

Von der Basler Missionsschwester Else Bleher

Nahezu ¾ Jahre sind vergangen, seit ich in die neue afrikanische Heimat eingezogen bin. Im Rückblick auf diese Zeit, die durch die veränderten Verhältnisse eine völlige Umstellung der bis jetzt so vertrauten Lebens- und Arbeitsgewohnheiten erforderte, kann ich mich heute nur dankbar freuen. Ja, man darf es erfahren, daß der Herr einem in solchen Zeiten besonders nahe ist und daß er keine Aufgaben stellt, ohne auch die Gaben zur Lösung derselben zu schenken. Wohl hat schon der Anfang meiner Tätigkeit mich den Ernst und die große Verantwortung meines Berufes deutlich erkennen lassen und immer wieder kommen schwere Fälle vor, die einem so recht die menschliche Ohnmacht zum Bewußtsein bringen.

Erst dieser Tage wurde ich zu einem Nachbarn gerufen, der plötzlich mit hohem Fieber und Bewußtlosigkeit schwer erkrankt war. Die mikroskopische Blutuntersuchung ergab Malaria, und deshalb behandelte ich ihn gleich mit Chinin. Doch das Fieber wich nicht, und auch die Bewußtlosigkeit stellte sich nach einer kurzen Unterbrechung wieder ein. Ein neues Blutbild zeigte unzählige Parasiten. Der Mann starb, obgleich ich anfangs hoffte, daß der angewandte Kampfer die Herzschwäche überwinden werde. Sein Tod ging uns besonders nahe, weil der Mann, ein früherer Basler Schüler, später auf Abwege geraten war; wir hatten die Hoffnung nicht aufgegeben, daß er wieder zurecht komme, wenn er wieder gesund würde.

Schwer sind auch die hier immer wieder vorkommenden Fälle von Tollwut. Schon vor Monaten wurde mir ein Kind gebracht, bei dem sich ganz merkwürdige Krankheitserscheinungen zeigten, die mir bis dahin fremd waren. Nach langem Fragen brachte ich heraus, daß das Kind vor längerer Zeit von einem Hunde gebissen worden war. Nun war die Sache klar, zugleich aber auch, daß wir dieser Krankheit gegenüber machtlos waren. Wir rieten den Leuten dringend, so schnell wie möglich das Kind zum englischen Arzt Dr. Don nach Bamenda zu bringen. Doch konnten die Eltern sich nicht entschließen, und so starb das Kind in der folgenden Nacht unter Krämpfen. Schon tags zuvor hatten sich Schlingkrämpfe, sowie eine auffallende Wasserscheu gezeigt. Wirklich ein erschütternder Anblick! — Später hatten wir einen ähnlichen Fall bei dem Kind eines unserer Lehrer. Er kam mit ihm zu mir, um Wurmmedizin zu erbitten. Als ich diese dem Kinde gab, fiel mir ein merkwürdiges wasserscheues Benehmen an ihm auf. Und wirklich, als ich nachfragte, stellte sich heraus, daß vor Monaten ein Hund das Kind gebissen hatte.

Ich machte dem Vater den Ernst der Lage so klar wie möglich; doch bis er sich entschloß, nach Bamenda zu gehen, war es zu spät, und das Kind starb auf dem Weg. Wir machten Dr Don Mitteilung von diesen Fällen und beantragten Schutzmaßregeln bei der Regierung, worauf dann der Befehl kam, daß alle Hunde getötet werden müßten. Doch dachten wir uns gleich, daß das nicht richtig durchgeführt würde. Inzwischen kamen auch wirklich neue Bißverletzungen vor. Dieser Tage wurde ich zu einem jungen Manne gerufen, bei dem Krämpfe ausgebrochen waren; am andern Morgen war er schon eine Leiche. Zu gleicher Zeit kam die Nachricht zu uns, daß auch unser Lehrer in Bamenda an den Folgen eines Hundebisses gestorben war. Besonders tragisch war in diesem Fall, daß seine Frau kurz vorher zu ihrer schwerkranken Mutter in ihre Heimat gerufen wurde. Bis sie dorthin kam, war die Mutter bereits beerdigt. Durch einen Boten wurde die Frau zu ihrem inzwischen erkrankten Mann nach Bamenda zurückgerufen. Bei ihrer Ankunft traf sie ihn nicht mehr am Leben, vielmehr fand sie die Gemeinde schon an seinem Grabe versammelt.

Auch bei geburtshilflichen Fällen habe ich manches Schwere erlebt. Leider habe ich bis jetzt nur einmal die Freude an einem lebenden Kinde teilen dürfen. Die Leute rufen einen eben meistens erst, wenn sie alles Mögliche und Unmögliche versucht haben und sich nicht mehr zu helfen wissen. So kamen eines Abends Männer, die mich baten, einer Frau zu helfen, die am Morgen ein totes Kind geboren hätte und bei der die Placenta noch immer nicht abgegangen sei. Da die Frau auf dem Felde, wo viele unserer Balileute die meiste Zeit des Jahres zubringen, von ihrer schweren Stunde überrascht worden war, mußte ich einen weiten Weg gehen. Derselbe führte auf schmalen Pfaden bald durchs hohe Gras, bald über Gewässer, über die oft nur ein Balken gelegt war. Wenn überhaupt keine Brücke vorhanden war, mußte ich von einem meiner Begleiter hinüber getragen werden. Glücklicherweise erreichten wir das Ziel noch gerade vor Einbruch der Dunkelheit. Welcher Anblick bot sich mir jedoch beim Eintritt in die Hütte dar! Einige Frauen versuchten gerade, die nahezu verblutete Frau wieder zu beleben, indem sie aus großen Kalabassen kaltes Wasser über sie gossen. Ich wehrte sofort diesem Unfug und versuchte auf verschiedene Weise, der Gebärenden Wärme zuzuführen und die Herztätigkeit wieder anzuregen. Dies gelang auch langsam, obwohl immer wieder Bewußtlosigkeit, große Erregtheit und Krämpfe abwechselten. Wegen dieses großen Schwächezustandes wagte ich auch längere Zeit nicht, den so dringend nötigen schweren Eingriff auszuführen. Erst als es den Leuten ganz klar war, daß wenig Hoffnung für das Leben der Frau vorhanden sei, ja, daß sie sogar während des Eingriffs sterben könnte, und sie mich dann trotzdem baten, ihn auszuführen, unternahm ich den schweren Schritt. Und es gelang in kurzer Zeit; die Tapferkeit der Frau war dabei zu bewundern. Sie erholte sich auch langsam, obwohl ich noch ernstlich an ihrem Aufkommen zweifelte, da man doch annehmen mußte, daß die Frau schon vorher infiziert sei, weil die Leute mit ungewaschenen Händen zu helfen

versucht hatten. Und dazu kamen noch die sonstigen schmutzigen Verhältnisse. Die Frau lag auf einem ganz schmalen, niedern Palmrippenlager. Darum herum war von dem vielen Wasser, das die Leute in ihrem Unverstand über sie gegossen hatten, solch ein Sumpf entstanden, daß sie zuerst Bananenblätter auf den Boden legen mußten, damit ich überhaupt beikommen konnte. Als ich die Frau von all dem Schmutz, den sie von der Feldarbeit noch an sich trug, gereinigt und mich für den Eingriff steriliſiert hatte, fiel sie von dem schmalen Bett auf den sumpfigen Boden. Nun mußte ich wieder von vorne anfangen. Es war mir daher wie ein großes Wunder, daß die Frau mit dem Leben davon kam. Ja sie genas sogar ganz und besuchte mich später, als sie nach der Erntezeit vom Feld heimkehrte. Sie stand damals mit strahlendem Angesicht vor der Türe, um mich zu grüßen, gerade als ich mich anschickte, einer andern Mutter in gleicher Lage zu helfen. Da war sie mir wie ein Gruß vom Himmel, ein Angeld für des Herrn Beistand auch auf diesem Weg, den ich mit ernsten Gedanken betrat. Und wirklich, als ich nach $1^1/_2$stündigem Weg in finsterer Nacht das Ziel erreichte und in die Hütte eintrat, mußte ich zuerst fragen, welches die Mutter sei unter der Schar der herumsitzenden Frauen, so gesund und glückl ch sah sie aus.

Die erste der beiden Frauen war übrigens in früheren Jahren unsere Schülerin gewesen und daher mit dem Wort längst vertraut, aber sie war wieder völlig ins Heidentum zurückgefallen. Als es schien, daß sie in der Nacht noch sterben müsse, bat sie für den Fall, daß es so weit komme, um die Nottaufe. Doch das Versprechen, nach ihrer Genesung sich zu Gott und seiner Gemeinde zu halten, wollte sie nicht geben. Es ist daher mein ernster Wunsch für sie, Gott wolle, nachdem er wieder in Gericht und Gnade bei ihr angeklopft hat, sie doch zurecht bringen.

Zur poliklinischen Behandlung kommen täglich viele, sodaß ich meistens den ganzen Vormittag damit beschäftigt bin. Auch nachmittags versuchen immer wieder Nachzügler, namentlich Patienten von auswärts, Medizin zu bekommen. Es gibt ja auch besondere Fälle, die man nicht abweisen kann, obgleich ihre Berücksichtigung besonders viel Zeit in Anspruch nimmt. — Da kommen Männer, Frauen und Kinder mit den mannigfaltigsten Beschwerden, und ich freue mich, wenn ich manchem helfen kann. Eine weniger erfreuliche Seite ist der Kampf, den man zu führen hat, um die Eingeborenen daran zu gewöhnen, eine geringe Entschädigung für die Medizin zu geben. Das ist jedoch aus erzieherischen Gründen dringend nötig. Ihre eingeborenen „Ärzte" fordern unsinnige Summen, die sie ohne Widerrede erhalten. Doch bei dem Europäer meint man, abhandeln zu können, der habe ja genug Geld. Es ist besonders betrüblich, daß man diese unverständige Ansicht auch bei Christen und sogar bei unsern Lehrern finden muß.

Unser Krankenhäuschen[1]), in dem wir 15 Kranke aufnehmen können, ist auch meist ziemlich besetzt. Es ist ein Haus nach eingeborener Art mit Palm-

[1]) Siehe Tafel 14.

rippen und Lehmbewurf und einem Grasdach. In den 3 Räumen sind an den Wänden entlang 4—5 Palmrippenlager angebracht, auf die von besser bemittelten Patienten eine geflochtene Matte gelegt wird. Schwerkranke bekommen noch eine Decke. Eine Zeitlang hatte ich viele an Lungenentzündung Erkrankte, die mir manche Sorge machten. Die meisten durften durch Gottes Hilfe wieder genesen, worüber ich recht dankbar war. Schon wiederholt kam ein hiesiger Haussamann, der an schwerem Asthma litt. Er hatte so große Atemnot, daß man sogar durch die dunkle Haut die durch die gestörte Zirkulation bedingte bläuliche Farbe des Blutes erkennen konnte. Jedesmal erholte er sich unter zweckmäßiger Pflege wieder und war dabei äußerst dankbar. Ohne Aufforderung hat er Medizingeld bezahlt und mich noch mit Zucker beschenkt. Als ich ihn später einmal auf dem Markt sah — er ist Viehhändler und Metzger — schenkte er mir in seiner Freude ein Stück Fleisch, mit dem ich dann meinen Kranken ein Festessen bereiten konnte. Ein anderer Haussa ist schon monatelang bei uns, der an einer Framboesiewunde leidet. Obwohl ich ihm schon wiederholt zuredete, nach Bamenda zu gehen, damit ihm durch eine Injektion geholfen werde, will er doch bei uns bleiben, weil er hier Genesung zu finden hofft.

Auch in die Stadt und nach auswärts werde ich öfters gerufen und habe schon manchmal Hilfe bringen dürfen. Ich wünschte nur, es stünde mir mehr Zeit zur Verfügung, sodaß ich die Leute häufiger in ihren Hütten aufsuchen könnte. Denn diese Art der Missionsarbeit befriedigt am meisten, da sie viel mehr Gelegenheit bietet, den Herzen nahe zu kommen, als die poliklinische Sprechstunde.

Was mir sonst noch an Zeit bleibt, verwende ich für mikroskopische Untersuchungen. Dieser Tage konnte ich Dr Don einen Ausstrich von Pferdeblut mit Trypanosomen zeigen, wie sie ähnlich auch bei der gefürchteten Schlafkrankheit zu finden sind.

Leider kommt bei der Menge von Arbeit das Sprachstudium oft zu kurz. Doch ist der Umgang mit den Leuten bei der Arbeit die beste Gelegenheit zum Weiterlernen. Ich freue mich, daß ich mich mit den Leuten jetzt schon ganz nett verständigen kann. Mein größter Wunsch ist, die Sprache möglichst bald gründlich zu erlernen, damit ich denen, die hier Hilfe für ihren Leib suchen, auch von Dem erzählen und zeugen kann, der nicht nur der Arzt des Leibes, sondern auch der ihrer Seelen ist.

Die Basler Missionsschwester Else Blecher vor ihrem Krankenhäuschen in Bali, Kamerun

Krankentransport eines Schußverletzten auf einem Kamel, auf dem Wege zum Missionsspital Nazareth (Dr. Bathgate)

Hütte mit Bergsafwa in Ostafrika, mit gespaltenem Bambus verschalt

Safwafrauen in Fellkleidung (Ostafrika)

Gebräuche der Safwa in Ostafrika im Blick auf das nachfolgende Geschlecht

Von Frau Elise Kootz (Brüdergemeine Ostafrika)

1. Allgemeines

Der Stamm der Safwa im ehemaligen Deutsch-Ostafrika, der zu der Familie der Bantu-Völker gehört, hat seinen Wohnsitz zwischen den beiden Binnenseen Nyassa und Rukwa oder Rukuga. Mitten hinein in das Heimatland der Safwa schiebt sich das gewaltige Mbeje-Gebirge mit seiner nahezu 3000 Meter hohen Kuppe, die hier das ganze weite Land fast noch bestimmter beherrscht, als im Süden der Rungwe das Kondeland. Im Norden grenzt Usafwa an die Buchimbu-Hochebene, im Osten an das Land des Herrenstammes der Sango, im Süden an die Poroto-, Igale-, Marira- und Nikaberge und im Westen an die heiße Ivungusteppe, die nach dem Rukwasee hin abfällt. Bewässert wird Usafwa vom Songwe mit seinen Nebenflüssen.

Auf den Hängen der genannten Gebirge, in dem zwischen ihnen liegenden breiten Tal und auf der Ebene nördlich des Mbeje bauen die Safwa ihre Rundhütten[1]) auf. Ihre Kopfzahl beträgt ungefähr 15 000. Sie sind dem Ahnendienst ergeben und lassen ihr Leben von der Furcht vor Zauberern und bösen Geistern beherrschen. Als seßhafte Ackerbauern haben sie nur den einen Wunsch, vor Feinden sicher zu sein und in Ruhe und Frieden ihre Felder bestellen zu können.

Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist auf 1 zu 2 anzunehmen. Die Safwa sind Polygamisten; je mehr Frauen der Einzelne besitzt, desto reicher und angesehener ist er. Aber nicht alle sind vermögend oder fleißig genug, sich neben der ersten noch eine zweite und dritte zu erwerben. Ja es gibt sogar einzelne Männer, die fast lebenslang ohne Frau bleiben, weil sie zu arm sind zum Heiraten; so sagten uns wenigstens unsre Leute.

Daneben aber gibt es Männer, z. B. geschickte Jäger oder reiche Viehbesitzer, die sich 5, 6, ja auch 8 Frauen kaufen, und Häuptlinge, die 10—20 und und mehr Gehöfte besitzen, deren jedes von einer ihrer Frauen bewohnt wird. Im allgemeinen aber ist das Safwavolk zu arm, und darum sind die Ehen mit mehr als 2 Frauen selten.

Das erkorene Mädchen muß erwachsen sein, bevor es der Bewerber als Frau in seine Hütte nehmen darf; so verlangt es das gesunde Empfinden des Safwa. Aber in neuerer Zeit, in der es dem jungen Mann durch größere

[1]) Siehe Tafel 15.

Verdienstmöglichkeiten leichter gemacht ist, den Kaufpreis zu zahlen, hat er auch größere Eile mit seiner Heirat und wartet darum nicht mehr gern so lange, wie es sein Vater noch hat tun müssen. Aber auch wenn die heranwachsende Jungfrau noch als unverheiratet bei ihren Eltern lebt, so gilt sie als Frau dessen, der um sie wirbt. Im letzten Grunde aber hängt doch der Zeitpunkt der Heimführung der Braut von der Zahlung der Morgengabe ab.

Die Eltern, die eine Tochter zu vergeben haben, fordern von dem Bewerber 4—7 Jahre Arbeit, 10 Stück Kleinvieh, Hacken, Perlen, ein selbstgewebtes Safwatuch und — seit es Rinder in Usafwa gibt — die Brautkuh als letzte und hauptsächlichste Morgengabe. Je eher der Bewerber diese Forderung erfüllt hat, umso eher kann er seinen eignen Hausstand gründen.

2. Beobachtungen über Kinderzahl

Je mehr Kinder der Safwa hat, desto glücklicher schätzt er sich. Dabei macht er keinen Unterschied zwischen Knaben oder Mädchen; denn die Knaben verstärken seine Familie, die Mädchen bereichern sie.

Hat ein Mann nur eine Frau, was bei armen Safwa und bei solchen, die christlich leben wollen, der Fall ist, so kann sich seine Familie nur alle drei Jahre um ein Glied vermehren; hat er 2 oder 3 Frauen, dann entsprechend schneller.

Der Zug in die Ferne, auf Plantagen oder an die Küste, wo sich die Leute des bessern Verdienstes wegen oft jahrelang festhalten lassen, hatte bis zum Ausbruch des Krieges unsre Safwamänner noch nicht so sehr ergriffen, als andere Binnenlandstämme. So ist der dadurch bedingte Geburtenrückgang unter dem Safwavolk noch nicht so spürbar. Die Hauptursache dafür, daß in der Regel nur alle 3 Jahre ein Kind geboren wird, liegt in den langen Stillzeiten. Bevor das Kind nicht sein zweites Lebensjahr überschritten hat, denken die Mütter nicht daran, das Kind zu entwöhnen.

3. Beobachtungen über Vernichtung und Schädigung der Kinder

Vermutet die Safwamutter eine neue Empfängnis, bevor ihr voriges Kind das gewünschte Alter erreicht hat, dann treibt sie die Furcht zu einer weisen Frau; diese muß ihr Medizin geben, damit das werdende Leben wieder ersterbe; denn was würde wohl aus dem größeren Kinde werden, wenn es schon jetzt die Muttermilch entbehren müßte? Es würde ja eingehen, und dann wäre sie schuld an dem Tode des Kindes, schuld an dem Verlust, den ihr Mann und dessen Familie durch das Sterben des Kindes erleiden würde. Und dann: was würden ihre Freundinnen und Bekannten sagen? Sie würden hinter ihren Hütten zusammenhocken und über sie reden, daß sie ein so unmoralisches Leben führe und schon wieder ein Kind erwarte. Darum „m u ß" das erst werdende Kind dem schon gewordenen zum Opfer gebracht werden.

Dem Leben des kleinen und großen Safwakindes drohen viele Gefahren.

Bevor die deutsche Regierung Lymphe ins Land brachte, starben Jahr um Jahr viele Kinder durch die Pockenepidemien; dann aber auch an Durchfall und an mancher andern uns bekannten und unbekannten Krankheit. Unter der treu durchgeführten Impfung des Volkes durch Beamte und Missionare hatten im letzten Jahrzehnt vor dem Krieg die Pockenepidemien aufgehört; vor dieſem Feind war jetzt das Kindesleben sicher. Und auch vor dem zweiten, mindestens ebenso furchtbaren: dem Einfall fremder Räuberstämme in Usafwa, bei denen die Ermordung der kleinen Kinder den Räubern ein besonderes Vergnügen zu machen schien. Die deutsche Regierung hatte Ordnung geschaffen und dem Lande den Frieden wiedergegeben, den es so lange entbehrte. „Unsere Kinder werden jetzt wieder groß," sagten die Safwa.

Aber andere Gefahren, die dem neugeborenen Kinde drohen, sind nicht durch Regierungsbefehl abzuwenden, denn sie schleichen im Finstern und haben ihren Grund in abergläubischen Gebräuchen. Werden Zwillinge geboren, so muß meistens das eine Kind sterben. Noch mehr gefürchtet wird eine Fußgeburt. Beide hat der böse Urwisigeist veranlaßt, der sehr gefürchtet ist und nur durch Zauberkraft wieder ausgetrieben werden kann. Und kommen gar die oberen Schneidezähne vor den unteren, dann ergreift die Familie die blasse Furcht. Böse Väter bringen solche Kinder um; ergebenere lassen den Zauberdoktor kommen, damit nicht die älteren, schon vorhandenen Kinder sterben müssen, oder etwa seine Frau, die Mutter des Unglückskindes, „vertrockne".

Albinos haben wir in Usafwa nicht gesehen, doch gaben unsere Leute an, daß diese nicht getötet würden, ebensowenig wie mißgestaltete Kinder. Aber den Eltern der mißgestalteten wird die Schuld an dem Unglück zugeschoben; Vater oder Mutter haben dann vor seiner Geburt über einen unnormalen Menschen gelacht, und zur Strafe dafür muß nun ihr Kind dasselbe Unglück an seinem Leibe durchs Leben tragen.

Sechsfingerkindern geschieht auch nichts. Nur schneidet der Vater den sechsten Finger oder die überzählige Zehe mit einem scharfen Grasspahn ab, wenn er sein Kind nicht so sehen will.

4. Beobachtungen über Säuglingspflege

Die neugeborenen Kinder werden von ihren Müttern 2 Jahre und noch länger gestillt und dann erst entwöhnt. Stirbt die Mutter bei der Geburt, so geht auch das Kind ein, denn niemand erbarmt sich seiner, es muß verhungern. Meistens wird das Kind gleich mit der Mutter begraben, manchmal sogar lebendig.

Ammen kennt man nicht, im Gegenteil, würde es je eine Frau wagen, einem Kinde, das sie nicht geboren hat, ihre Brust zu reichen, so entstände darum großer Streit, denn es besteht der Glaube, daß das Kind mit der fremden Muttermilch auch fremdes Blut in sich aufnimmt, und das würde ihm und der Familie großen Schaden bringen.

Mangelt einer Mutter die Milch für ihr Kind, so ist sie in großer Sorge um sein Leben. Von Inturembe und Isamywo, 2 Steppenbäumen, werden Wurzeln gegraben und nebst Erdsalz ins Trinkwasser getan, das soll dem Milchmangel abhelfen. Doch muß das Mittel oft unwirksam bleiben oder nicht genug bekannt sein, denn in den Fällen, in denen mich eine geängstete Mutter um Rat fragte und durch ein medizinisches Mittel Hilfe finden konnte, war die Dankbarkeit viel größer, als wir es sonst bei unsrer Krankenbehandlung erlebten. Ein Kind mit Kuhmilch aufzuziehen, ist den Safwa unbekannt.

Aber auch wenn die Mutter genügend Nahrung hat, so gibt sie dem Kinde doch schon nach wenigen Tagen Suppe und später dünnen Brei aus Negerhirsemehl neben der Brust, denn sie behauptet, von ihrer Milch allein würde das Kind nicht satt. Ist es etwas größer geworden, sodaß es sich an Festerem nicht mehr verschluckt, bekommt es auch gekochten Kürbis, Süßkartoffeln oder reife Bananen in den Mund gedrückt; leider gibt es die letzteren nur wenig, denn Usafwa ist kein Bananenland.

Der Rücken der Mutter, auf dem es mit dem Tragfell oder einem großen Tuch festgebunden wird, ist die Wiege des Kindes in gesunden und kranken Tagen. Hier hat es Heimatrecht, bis es vom nachfolgenden Geschwisterchen mit Gewalt daraus verdrängt wird. Am Tage hält es im Tragfell seinen Schlaf und erlebt von hier aus alles mit, was der Mutter begegnet, oder was sie tut. Neugierig reckt es sich und schaut über die Schulter, wenn es etwas Interessantes zu sehen gibt, oder es zieht sich zusammen und verkriecht sich ins Tragfell, wenn es von Furcht beherrscht wird. In früheren Jahren, bevor die deutsche Regierung Ordnung im Lande herstellte, wurde diese „Wiege" auch gar oft des Kindes Sarg. Der Speer, von Feindeshand geschleudert, oder die Kugel, die der Mutter bestimmt war, durchbohrte beide, Mutter und Kind.

Ist ein Safwakind erkrankt und weiß sein Vater dieses oder jenes Heilmittel gegen die Krankheit, dann gräbt er nach den bestimmten Wurzeln, kocht sie und gibt den Absud dem Kinde zu trinken. Sonst muß der Zauberdoktor Hilfe bringen; er muß erforschen, welcher böse Geist das Kind behext hat, oder ob die Ahnen wegen eines unterlassenen Opfers zürnen. Medizinen gibt der Zauberdoktor auch, aber sie erscheinen als Nebensache; die Hauptsache ist, die Ahnen wieder zu versöhnen, oder den bösen Geist unschädlich zu machen. So ist z. B. bei Krämpfen, die sehr oft vorkommen, nicht die Ernährung schuld, sondern böse Geister haben das Kind behext. Die so sehr schmerzhafte eitrige Augenkrankheit, die zu Zeiten durchs Land zog, ist nach der Ansicht der Safwa durch böse Menschen veranlaßt, die dem kranken Kinde Knochen in die Augen gezaubert haben; erst wenn der Zauberdoktor die Knochen wieder entfernt hat, verschwindet die Krankheit.

Dann aber leiden die Kinder auch viel an Husten und Schnupfen. Keuchhusten und Masern plagen das Safwakind genau so, wie das europäische. Und dann die Tropenkrankheiten und vor allem der böse Durchfall! Hier zwei Beispiele von der Art, wie kranke Safwakinder behandelt werden:

In Utengule war ein neugebornes Kind erkrankt, es hatte Durchfall bekommen und lag nun im Sterben. Als ich ins Dorf kam, hatte eine mit der Familie verwandte Frau es auf dem Schoß; sie zeigte mir das braune Geschöpfchen und sagte: „Sieh, hier sitzt die Krankheit, hier oben auf dem Kopf, die Fontanelle ist ganz eingefallen und daran stirbt es jetzt." Später fragte ich, was sie selber gegen diese Krankheit tun würden, und bekam zur Antwort: „Wenn die Krankheit hier oben auf dem Kopf sichtbar wird, dann nehmen wir eine eiserne Flechtnadel, machen sie im Feuer rotglühend und sengen damit die Haut über der Fontanelle, damit sie platze und sich ablöse. Wenn sie noch nicht zu ist, dann verschwindet die Krankheit darauf und die Einsenkung gleicht sich wieder aus."

Kinder, die entwöhnt werden, erkranken leicht an Ipunga. In der Nacht, während des Schlafes, fängt der Körper des Kindes an zu glühen wie Feuer, und das Kind bricht in Schweiß aus. Am Hals, an den Schultern und im Genick wird die bräunliche Haut schwarz, und die sonst schwarzen Haare werden rot; das kranke Kind fällt ganz zusammen. Gegen diese Krankheit zerstoßen die Safwa Wurzeln des Irurusjabaumes und vermischen sie mit Mehl von Ihamata, das ist die Negerhirse, die zuerst reift. Am Morgen, bevor die Sonne aufgeht, bringen sie das an Ipunga erkrankte Kind an einen Wasserfall und waschen es mit dem Wurzelmehl ab. Die Wurzeln bilden Schaum, und diesen Schaum spült der Wasserfall ab und nimmt ihn mit in die Ferne. Das wird noch 2—3mal wiederholt, und dann verschwindet die Krankheit.

Ist das Kind entwöhnt, dann kümmert sich die Mutter nicht mehr sehr um seine Pflege, denn dann hat sie bald mit dem nachfolgenden zu tun; das ältere muß sich selbst oder den größeren Geschwistern überlassen bleiben. Es spielt mit den andern, baut sich aus dem Sand des Hofes Puppenstuben auf und bindet sich einen Maisstrunk oder die Frucht des Leberwurstbaumes als Puppe auf den kleinen Rücken.

Auch um seine Erziehung sorgt sich die Safwafrau nicht sehr. Erzogen wird das Kind am meisten durch neckende oder höhnende Worte der älteren Geschwister oder der andern Kinder. Bestrafung erleidet es sehr selten. Geschieht es aber doch, dann ist sie nach Negerart gleich grausam. Das ungehorsame Kind wird im Bach unter Wasser gehalten, bis ihm todesangst wird, oder unter einen großen Korb gesetzt, um den rundherum Feuer angezündet wird, sodaß es im Rauch zu ersticken droht. Einem diebischen Kinde werden die Hände in die heiße Asche geschoben. Solche, die nicht zur Zeit zur Mahlzeit da sind, müssen hungrig schlafen gehen, und solche, die noch immer mehr zu essen verlangen, bekommen von der Mutter eine große Schüssel mit Speise vorgesetzt, die sie auseſſen müſſen, auch wenn sie so voll sind, daß ihnen das Weiteressen Qual bereitet.

Und doch merkt man trotz der geringen Erziehung den Einfluß der „Kinderstube" an unserer Safwajugend! Hat sie im Schatten gelegen, dann lügen die Kinder, die darin aufgewachsen sind, noch mehr als andere, sind noch

unsauberer und weniger höflich. Die Kinder ehrbarer Eltern dagegen, auch wenn diese noch Heiden sind, machen oft einen guten Eindruck, natürlich nur, wenn man keinen europäischen Maßstab anlegt. Besonders Kindern aus Häuptlingsfamilien merkt man meistens ein besseres Benehmen an. Und christliche Eltern mühen sich sichtlich, ihre Kinder besser zu erziehen, als sie selbst erzogen worden sind.

Auch in der Körperpflege der Kinder läßt sich bei christlichen Eltern mehr Gewissenhaftigkeit feststellen, als bei heidnischen. Der gute Einfluß zeigt sich stark in der geringeren Säuglingssterblichkeit. Nach einer Zählung, die wir in den letzten Jahren vor dem Krieg versuchten, die aber freilich nur unter einem kleinen Teil des Volkes vorgenommen werden konnte, kamen wir zu dem Schluß, daß unter den Christen nur halb so viel Säuglinge starben, als unter den Heiden unsrer Umgebung.

5. Allgemeine Beobachtungen

Wie oben schon gesagt, sind nach unsern Beobachtungen die Ursachen der großen Kindersterblichkeit sehr verschiedene: einmal der wilde Krieg der Stämme untereinander, dem aber die europäischen Regierungen durch ihr Eingreifen Halt geboten; dann die Pockenepidemien, die durch die Impfung schon viel an Schrecken verloren hatten, vor allem aber die unzweckmäßige Ernährung des Neugeborenen. Die Suppe aus Negerhirse, mit der das Kleine gefüttert wird, ist an sich wohl gut, aber sehr oft angesäuert, denn sie wird in einem ausgehöhlten Kürbis mit engem Hals und kleiner Öffnung aufbewahrt, der garnicht oder nur sehr oberflächlich gereinigt wird.

In den Christenfamilien und den heidnischen, die in unsrer näheren Umgebung wohnten, wurden die unwissenden und sorglosen Mütter auf das Verkehrte ihres Tuns immer wieder aufmerksam gemacht und über eine bessere Pflege ihrer Kinder belehrt. Die erkrankten Kinder wurden mit Arznei, und wenn nötig und möglich, mit kalten oder warmen, nassen oder trockenen Umschlägen behandelt und der Erfolg blieb nicht aus.

Ein besonders in Kinderheilkunde ausgebildeter Missionar, noch viel mehr aber ein Arzt im Vollamt, der ein Herz voll Liebe für Missionsarbeit mit dem Interesse an dem leiblichen Wohlergehen der freilich nicht sehr hoch stehenden Safwa verbände, wäre ein Segen für jeden Ort und jedes Land, in dem er sich niederlassen würde. Wie oft haben wir einen solchen herbeigesehnt, wenn wir schon nach dem ersten Schritt in das für uns so dunkle Reich der Krankenbehandlung den Weg verloren und uns keinen Rat mehr wußten. Auch wäre nur der Arzt imstande, die Ursache einer eigentümlichen Erkrankung der kleinen Safwakinder zu finden, bei der der Tod oft über Nacht eintrat.

Die Ehen zu festigen, die Eheschließung auch den armen Stammesangehörigen zu ermöglichen und Leben und Gedeihen der Safwakinder zu schützen, ist mit dauerndem Erfolg einzig und allein durch treue und eifrige Missionsarbeit zu erreichen.

Die Ehe ist bei den Safwa an und für sich nicht nur eine lockere Verbindung, denn wenn die Morgengabe einmal gezahlt ist, dann ist sie nur schwer wieder zu lösen. Aber wie mancher junge Mann möchte gern recht bald seine Erkorene in seine Hütte holen, auch wenn er noch nicht alles Geforderte beisammen hat. Er verspricht dann den Schwiegereltern, das noch Fehlende bald zu bringen; hat er dann aber die Frau bei sich, wird er gleichgültig gegen sein Versprechen, und schließlich verläßt ihn die Frau wieder und kehrt zu ihren Eltern zurück. So bei Heiden. Der Christ aber ist in seinem Gewissen gehalten, nicht wortbrüchig zu werden gegen seine Schwiegereltern, und seiner Frau ein treu fürsorgender Mann zu sein, sodaß sie keinen Grund hat, ihn wieder zu verlassen.

Dem Christen, der eine heranwachsende Tochter zu vergeben hat, wird das Gewissen immer mehr geschärft, sie nicht nur dem „Meistbietenden" zu geben, sondern dem, der in Aufrichtigkeit um sie wirbt, auch wenn derselbe arm ist.

Der Christ, der sich unter das Wort Gottes stellt, bringt mehr Energie auf, sein Kind nach gesundheitlichen Grundsätzen zu ernähren und zu pflegen, als der Heide. Dadurch wird manches Kindesleben gerettet, das sonst verloren ist.

Sobald Usafwa und seine Nachbarländer christianisiert sein werden, wird die Heimat dieses dunkelbraunen Volkes bald reich bevölkert sein.

Geburtshilfliche Erfahrungen in China

Von der Basler Missions-Schwester Mina Heß

In unserm Missionshospital in Honyen hatten wir in diesem Frühjahr außer den gewöhnlichen Kranken auch zwei Chinesenfrauen, die ihr erstes Kindlein bei uns bekommen wollten. Seit meinem Eintritt in die Arbeit war es noch nie vorgekommen, daß aus der Stadt selbst eine Frau zur Entbindung das Spital aufsuchte.

An einem Sonntagmorgen brachte uns ein von Schanghai hierher versetzter Offizier seine Frau. Leider verstand ich kein Wort, weil beide den Mandarin-Dialekt sprachen. So mußten wir uns eben durch Gebärden verständigen, was manchmal Heiterkeit, andererseits aber auch Mißverständnisse hervorrief. Doch als der ersehnte Stammhalter das Licht der Welt erblickt hatte, waren die Eltern sehr glücklich und froh. Meine Anordnungen betreffs Ernährung des Kindes wurden ziemlich regelmäßig befolgt und nach 4 Wochen konnten Mutter und Kind mit dem glücklichen Vater nach Fuitschu weiterziehen, wohin dieser inzwischen versetzt war.

Nicht lange darauf, auch an einem Sonntag, früh um 5 Uhr, kam wieder eine junge Frau zur Geburt. Sie war Lehrerin in der hiesigen Stadtschule. Ihre Schwiegermutter, die 4 Stunden von Honyen entfernt auf dem Land wohnte, wollte zwar haben, daß sie zur Geburt heimkomme. Weil die Lehrerin aber wußte, daß ihr dort keine erfahrene Hilfe zur Verfügung stand und sie ganz auf die ungeschulten Chinesenfrauen angewiesen wäre, zog sie die Sache immer mehr hinaus, bis schließlich eine Heimreise nicht mehr möglich war. Als dann auch hier der erwünschte Bub ankam, war die Schwiegermutter bald wieder ausgesöhnt. Bei ihrem ersten Besuch überschüttete sie mich mit den bei den Chinesen üblichen Lobreden, als da sind: „Du hast viel Herz, daß du zu uns gekommen bist; du bist sehr geschickt, deinen großen Namen hört man weithin!“ Mit den Worten: „Dir habe ich es zu verdanken, daß ich jetzt so ein Bettelbübchen (auf Aberglauben beruhende demütige Bezeichnung für einen Sohn) habe,“ schloß sie den Lobgesang. Die Großmutter der Lehrerin war zur Pflege hergekommen. Diese wollte nun nicht recht verstehen, daß das Kind nur von Muttermilch allein gedeihen könne. Sie gab dem kleinen Geschöpfchen immer wieder hinter meinem Rücken allerlei chinesisches Zeug ein. Allerdings leugnete sie alle Schuld, als es auf einmal Brechdurchfall bekam. 14 Tage nach der Geburt, nachdem vorher im Spital noch ein großes Festessen veranstaltet worden war, nahm die Schwiegermutter Mutter und Kind heim. Dort gaben sie ihm aus Unverstand allerlei

Drei in Tübingen ausgebildete Basler Missionskranken- u. Hebammenschwestern, Rosa Schurr, Emma Lempp, Mina Balinger

Chinesin mit Bambusschutzgeflecht bei Brustentzündung

Dajakſche Mutter, ihr Kind wiegend. Aufn. von Schweſt. Mina Föll in Borneo

Das Hospital der Berliner Mission in Wangemannshöh (Ostafrika)

Schwester Käthe Jauer beim Krankendienst im Hospital der Berliner Mission in Wangemannshöh (Ostafrika)

chinesische Arzneien ein, sodaß es bald darauf starb. Dieser Fall zeigt, wie schwer es oft ist, die Chinesen zu überzeugen, daß wir nur ihr Bestes im Auge haben. Trotz ihrer schön klingenden Redensarten können sie sich nicht versagen, einem immer wieder ins Handwerk zu pfuschen. Gelingt ihnen das im Spital, obgleich wir die Leute mehrmals täglich besuchen, so kann man sich denken, wie es gemacht wird, wenn man bei den Wöchnerinnen in der Stadt etwas verordnet. Da muß dann erst der Rat der ganzen Verwandtschaft eingeholt und besprochen werden, ob die Sache auch in die Rubrik der kalten und warmen Speisen passe.

Zu normalen Geburten wird man in der Stadt ganz selten zugezogen. Auch bei pathologischen Fällen wird meistens zuerst die 70jährige Alipo gerufen, die, wie die Frauen sagen, einen großen Mut hat, aber von Hygiene absolut nichts weiß. Ist sie am Ende ihrer Kunst angelangt und hat sie alles verpfuscht, so sagt sie den Leuten, sie sollen die Schwester vom Spital holen. Bis wir dann ankommen, hat sie sich immer schon verzogen und die armen Frauen ihrem Schicksal überlassen. Es ist kaum zu beschreiben, in welch traurigem Zustande man diese oft antrifft. So wurde ich einmal zu einer Frau gerufen. Da ich gerade zu der Zeit einen schlimmen Finger hatte, bat ich Herrn Dr. Traut, mitzukommen. Als wir ankamen, war das Kind bereits tot. Der kleine Körper lag auf dem Boden im Schmutz, und der abgerissene Kopf war noch nicht geboren. Die Mutter war beinahe pulslos. Sie saß auf einem niederen Stühlchen und wurde von einigen Frauen unterstützt, welche immer auf sie einredeten. Wir wiesen zuerst die unnütz herumstehenden Weiber aus dem Zimmer und legten die arme Frau aufs Bett. Leider starb sie noch, während wir uns um sie bemühten. Am andern Tag, als man das Kind mit der Mutter beerdigen wollte, fanden es die Leute nicht mehr vor; wo es hingekommen war, ist mir unklar. Vielleicht hatte einer von den vielen herumstreichenden Hunden es mitgenommen. Nun wurde in der Oberstadt das Gerücht verbreitet, ich hätte das Kind schnell in ein Tuch gewickelt und in meinem Instrumentenkorb mitgenommen, um im Spital Arznei daraus zu machen. Anscheinend machte es aber in der Oberstadt keinen großen Eindruck, denn nicht lange darauf wurde ich wieder in diese Gegend gerufen. Es war schon abends 10 Uhr, als drei Frauen zu mir kamen, um mich zu holen. Außer meiner Gehilfin nahm ich noch den Gehilfen mit, weil er den Honyer Dialekt spricht und sich auch in der Stadt gut auskennt. Wir machten einen Umweg und gingen außerhalb der Stadtmauer entlang, um so dem lästigen Aufenthalt an den geschlossenen Straßentoren zu entgehen. Doch als wir beinahe unser Ziel erreicht hatten, sprangen plötzlich aus einem Tempel etwa 15 Soldaten heraus und riefen uns ein Halt zu. Der Gehilfe und ich blieben sofort stehen, doch die Gehilfin und die Frauen sprangen aus Angst davon, sodaß es beinahe noch ein Unglück gegeben hätte. Gottlob gelang es dem Gehilfen, die Soldaten zu überzeugen, daß wir vom Spital kämen und dienstlich unterwegs wären. Ihr herbeigekommener Offizier konnte es dann noch bestätigen. Dieser war schon einmal in unserm Spital

behandelt worden und kannte daher den Gehilfen. Er befahl seinen Soldaten, falls wir in dieser Nacht noch zurückkämen, sollten sie uns unbehelligt weitergehen lassen. Allerdings wäre diese Mahnung nicht mehr nötig gewesen, denn wir mußten die ganze Nacht in dem Haus bleiben, ich sogar noch den ganzen folgenden Tag bis abends 10 Uhr. Bei unserer Ankunft baten mich der Mann und das 19jährige Töchterlein kniefällig, ich solle ihre Mutter retten. Die Tochter habe vor lauter Jammer um die Mutter schon tagelang nichts gegessen. Wahrscheinlich ahnte das arme Kind schon, in welche Lage es käme, wenn die Mutter sterben würde. Es sollte wohl als Kaufpreis für eine andere Frau hingegeben werden, denn die Leute waren sehr arm. Ein kleiner Rettichhandel, den der Mann betrieb, brachte nur einen notdürftigen Unterhalt für die Familie und den blinden Großvater, der auch noch mitunterhalten werden mußte. Doch nicht nur wirtschaftlich arm sind diese Leute, sie leben obendrein in steter Furcht vor bösen Geistern. Als ich in die Krankenstube trat, wurden gerade von einer Frau mit einem Pfirsichzweig die Krankheitsteufel hinausgejagt. Einen andern Zweig hatte die Kranke unter den linken Arm gebunden. Die Arme war vor meinem Kommen schon sehr geplagt worden und fühlte sich nun ganz elend und kraftlos. Da ich sicher annehmen mußte, daß sie längst infiziert war, lehnte ich von vornherein jede Verantwortung ab. Für den Gehilfen bat ich die Leute um ein Bett, damit er wenigstens etwas ausruhen konnte. Im Lichthof unter freiem Himmel wurde ihm ein solches bereitwilligst zur Verfügung gestellt. Die Gehilfin und ich saßen die ganze Nacht am Bett der Kranken. An ein Schlafen war nicht zu denken. Es gab ja auch in dieser engen Kammer kein freies Plätzchen, wo wir uns hätten hinlegen können. Außerdem sorgten die Ratten und Moskiten schon dafür, daß einem das Wachen nicht allzu schwer wurde. Wir waren alle froh, als der Morgen graute. Da die Geburt sich noch immer in die Länge zog, suchten die Angehörigen nochmals Hilfe bei den Geistern der Verstorbenen. Alle Frauen des Hauses, etwa 12—15 versammelten sich in der Ahnenhalle und waren bald emsig mit dem Fabrizieren von Papiergeld beschäftigt. Dieses wurde vor dem Haupteingang des Hauses der verstorbenen Schwiegermutter abgebrannt, damit ihr Geist doch helfe, daß das Kind bald zur Welt komme. Als die Hilfe aber trotzdem ausblieb, wurde nach einigen Stunden noch die Wahrsagerin gerufen. Diese setzte sich in der Ahnenhalle an einen Tisch, auf welchem Räucherstäbchen, einige Schüsseln mit Reiswein und Eiern, sowie einige Kerzen aufgestellt waren. Nach einer Weile fiel sie in einen schlafähnlichen Zustand, und nicht sehr lange darauf fing sie mit verstellter Stimme einen Singsang an; dabei bewegte sie fortwährend den Kopf hin und her. Die umstehenden Frauen sagten, jetzt rede nicht sie, sondern der Geist, den sie gerufen habe. Man dürfe sie jetzt nichts fragen, sondern müsse alles tun, was sie sage. Was dieser Geist aber auch alles wollte! Einmal mußte Papiergeld verbrannt und das andere Mal der Türgeist angebetet werden. Dieser besteht aus einem roten, mit Zeichen beschriebenen Stück Papier und ist an der Tür des Schlafgemachs angebracht.

Dann forderte er einigemal Kupfergeldstücke, die durch die Flamme der brennenden Kerze gezogen und wie Würfel auf den Tisch geworfen wurden. Je nachdem das Geldstück auffiel, bedeutete es Glück oder Unglück. Der Anblick dieses Schwindels hätte einen zum Lachen reizen können, wenn man dabei nicht in die verängsteten Gesichter der dabeistehenden Frauen gesehen hätte. Mit offenem Mund und Augen standen sie in halbgebückter Stellung um die Wahrsagerin herum, damit ihnen ja von deren Gemurmel nichts entginge und sie sofort die Wünsche des Geistes erfüllten. Er könnte sich ja sonst rächen und die Hilfe versagen! Etwa eine Stunde dauerte diese Zeremonie. Dabei steigerte sich die Wahrsagerin je länger desto mehr in eine Ekstase hinein, sodaß man ganz den Eindruck bekam, daß sie mit finsteren Mächten im Bunde stand. Zum Schluß prophezeite sie noch, bis um 3 Uhr werde das Kind auf der Welt sein. Nachher fragte sie mich in vorsichtiger Weise, ob ich meine, daß es bis zu dieser Zeit da sein könne. Anscheinend war sie ihrer Sache noch nicht so ganz sicher und fürchtete schon für ihr unsauberes Gewerbe. Als nachher die Frau nur durch einen geburtshilflichen Eingriff von einem toten Kinde entbunden werden konnte, sahen die Leute dann doch ein, daß sie betrogen waren. Der Mann war trotzdem überglücklich, daß wenigstens seine Frau mit dem Leben davongekommen war. Um seiner Freude Ausdruck zu geben, forderte er sein Töchterlein immer wieder auf, mir zu danken, sodaß ich nur abzuwehren hatte. Die Leute meinten, es wäre nun alle Gefahr vorbei, denn sie hatten ja keine Ahnung, welch schlimme Folgen solche schmutzige Vorbehandlung haben kann. — Am andern Morgen fand ich die Frau schon mit hohem Fieber vor. Ich besuchte sie täglich zweimal, wofür die Leute sehr dankbar waren. Es ging allmählich besser, und am 4. Tag ließ das Fieber nach, worüber sich alle freuten. Doch als ich am nächsten Tag das Haus betrat, merkte ich gleich, daß etwas nicht in Ordnung war. Die Frauen liefen aufgeregt hin und her und flüsterten heimlich zusammen. Im Krankenzimmer warf sich der Mann vor mir auf den Boden und flehte: „Rette doch die Mutter meiner Kinder!" Das Töchterlein stand am Bett ihrer Mutter und weinte zum Herzbrechen. Die Frau hatte eine Blutung bekommen, wie sie bei septischen Infektionen manchmal vorkommt. Sie lag mit geschlossenen Augen beinahe pulslos auf dem Bett. Doch bemerkte sie mich noch und streckte mir mit Aufbietung ihrer letzten Kraft den Arm her zur Einspritzung. Die angstvoll auf mich gerichteten Augen sagten mir mehr als Worte, die der Mund nicht mehr aussprechen konnte. Sie hatte doch eine solch schreckliche Angst vor den Geistern! Dann waren ihre beiden unversorgten Kinder da, welche die Mutter noch so nötig brauchten. Ich tat das Menschenmögliche, doch sie hatte schon zu viel Blut verloren. Nach einiger Zeit stand das Herz still. In solchen Fällen tritt einem die menschliche Ohnmacht klar vor Augen. Der Fall ging mir sehr nah. Es war schrecklich, den Jammer des Mannes und der Kinder mitanzusehen! Noch während ich da war, kamen schon die Klageweiber vom ganzen Hause zusammen und schrien schauerlich. Ich wollte mich unbemerkt entfernen, doch der Mann nötigte mir trotz allem Jammer

noch einen jungen Hahn auf. Ich wollte diesen von so armen Leuten durchaus nicht annehmen. Meine Gehilfin sagte aber, ich dürfe ihn nicht zurückweisen, sonst würde ich die Leute beleidigen. So wolle es die chinesische Sitte. Wenn man sich um einen Menschen sehr bemüht hat und er trotzdem stirbt, schenken die Angehörigen einen Hahn mit rotem Kamm zum Zeichen der Anerkennung. Rot ist in China die Glücksfarbe. Der rote Kamm des Hahnes soll bewirken, daß beim nächsten Fall alles gut verlaufen und man also mehr Glück haben soll als vorher. Da ich die Leute natürlich nicht vor den Kopf stoßen wollte, zog ich traurig mit meinem „Glückshahn" ab. Bei der nächsten Frau, zu der man mich eine Woche später rief, ging gottlob alles gut, doch der Hahn war vorher schon aufgegessen.

So lernt man im täglichen Umgang mit den Leuten auch ihren trostlosen Aberglauben kennen; und das ist wichtig, damit wir ihnen von Grund aus helfen können. Der Dienst der Liebe will ihnen ja nicht nur in ihren äußeren Lebensnöten beistehen, sondern vor allem auch dazu mitwirken, daß sie von der Macht und der Furcht des Aberglaubens und des Unglaubens loskommen und hindurchdringen zur Freiheit und zum Frieden kindlichen Gottvertrauens.

IV.

Ueberſichten

Fortschritte der Tropenmedizin

Von Dr. K. Huppenbauer, Leitender Oberarzt des Tropengenesungsheims

Nur wenigen Zweigen der Medizin ist in den letzten 25 Jahren ein so großartiger Aufschwung beschieden gewesen, wie der Tropenmedizin. Während im angelsächsischen Kulturkreis den Missionsärzten dabei ein bedeutender Anteil zukommt, sind es bei den kontinentalen Kolonialmächten fast ausschließlich die aus dem Sanitätskorps der Marine und der Schutztruppen hervorgegangenen Ärzte, die als Forscher und Praktiker die Wege gewiesen haben, welche die heutige Tropenmedizin zum Segen der Eingeborenen und der Europäer in den Tropen begehen kann. Musterhaft eingerichtete und geleitete Tropeninstitute stehen in den Heimatländern und teilweise draußen in enger Fühlung mit den Ärzten an der Front; sie sind zu Zentren der tropenmedizinischen Forschung geworden und zu den anerkannten Bildungsstätten für die junge Generation. Ein überaus reichhaltiges Schrifttum ist entstanden, in welchem naturgemäß Zoologie, Botanik, Pharmazie und Technik einen verhältnismäßig größeren Raum erhalten haben als bei der heimatlichen Medizin.

Für das Gebiet der deutschen Zunge sind wir in der glücklichen Lage, in dem in der gesamten Welt geachteten einzigartigen Hamburger Tropeninstitut[1]) eine Anstalt von vorbildlichem wissenschaftlichem Ernst zu besitzen mit einem erprobten Stabe hervorragender Forscher und Lehrer (Fülleborn, Giemsa, Mühlens, Mayer, Martini, Reichenow, Hoeppli) unter der Leitung von Bernhard Nocht[2]), dem siebzigjährigen immerfrischen Gründer des Instituts, zu welchem unser Tübinger Institut stets die herzlichsten Beziehungen unterhält. Im Jahre 1925 konnte das Hamburger Institut sein 25jähriges Bestehen feiern; seine Zeitschrift, das „Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten" wurde bereits 1896 durch C. Mense ins Leben gerufen.

Schon deckt der Boden eine nicht geringe Zahl von Vorkämpfern. Sir Patrick Manson[3]), der Nestor der englischen Tropenmedizin, dessen Buch „Tropical Diseases, a manual of the diseases of warm climates" (jetzt 8. Auflage) das gesundheitliche Gewissen der Kolonialmächte wie der Tropenärzte aufrief, entschlief 1923. Laveran, Robert Koch, v. Provazek, Schaudinn und manche andern sind nicht mehr unter uns. Noguchi, der Japaner,

[1]) Siehe Tafel 18.
[2]) Siehe Tafel 18.
[3]) Siehe Tafel 19.

der die Erforschung einer der unheimlichsten Tropenseuchen mit der größten Mortalität, des Gelbfiebers, zu seiner Lebensaufgabe gemacht hatte, erlag vor wenigen Monaten dieser Krankheit in Westafrika. Andre treten in ihre Fußstapfen. Nicht vergessen sei an dieser Stelle der unter den primitivsten äußern Umständen während des Lettowfeldzuges von Taute und andern in Deutsch-Ostafrika unternommene Selbstversuch der Abgrenzung der tierischen gegen die menschliche Schlafkrankheit.

Licht in das Dunkel der Entstehung, Übertragung und Behandlung der Krankheiten der warmen Länder zu bringen, ist für den Arzt und Naturforscher eine überaus reizvolle Aufgabe, für die sich auch verständige Laien immer mehr zu erwärmen beginnen; sind sie doch draußen großenteils nicht nur ihr eigner Arzt, sondern auch noch mit der gesundheitlichen Verantwortung für ihre Umgebung beladen.

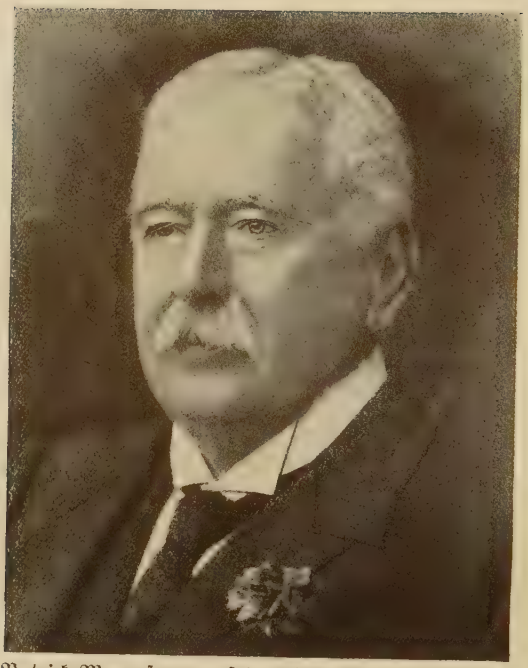
Diese Erkenntnis veranlaßte, neben andern Beweggründen, auch unser Institut, die Ausbildung von Nichtärzten von vornherein als wichtigen Programmpunkt mitaufzunehmen. Seit seiner Entstehung (1909) sind außer 25 Ärzten 40 Missionare und mehr als 200 Schwestern aus demselben hervorgegangen. Wir freuen uns bereits der Früchte dieser Arbeit und haben die Zuversicht, daß die Vermittelung immer besserer Kenntnisse von dem Wesen der tropischen Krankheiten, der Hygiene, der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das Gefahrenmoment in den heißen Ländern noch weiter herabsetzen, das gesundheitliche Gewissen schärfen, die Leistungsfähigkeit des Einzelnen steigern und seine Lebensdauer verlängern werde, sodaß der Dienst in den Tropen der unheimlichen Schauer entkleidet nicht so sehr als ein schweres Opfer, denn vielmehr als ein besondrer Vorzug gelten könne.

Vorwiegend als kleine und mittlere Chirurgie, Gynäkologie und allgemeine Medizin begann die Tropenmedizin, von der heimatlichen ausgestattet, ihre unscheinbare Laufbahn. Alle Errungenschaften theoretischer und praktischer Art der letzteren wurden bereitwilligst auch in die andere Umwelt übernommen. Erst allmählich entstand auf induktive Weise das, was wir heute als einen besonderen Zweig der Medizin betrachten müssen, der auch für seine Matrix nicht ganz ohne Bedeutung geblieben ist.

Eine ganze Reihe von Protozoen (Amöben, Flagellaten, Spirochäten, Trypanosomen) aus unserem Gebiete dienen der heimatlichen Forschung der Allgemeinmedizin als Laboratoriumstämme für systematische und (arznei-) experimentelle Zwecke, Spirochäten des Rückfallfiebers und Plasmodien der Malaria zu therapeutischen Methoden. Die Hämatologie, längst das unentbehrliche Rüstzeug jeden Tropenarztes, hat durch die Einführung des systematischen „Dicken Tropfens“ und des technisch vollkommenen Ausstriches für die Tropenmedizin sehr gewonnen. Die körperwarmen Frischuntersuchungen der Fäzes und die Feuchtfixiermethoden stammen ebendaher. Und noch viele andere teils klinische, teils laboratoriumsmäßige, heute unentbehrliche Arbeitsmethoden, von denen nur die zahlreichen im Gebiete der Helminthologie von Fülleborn angegebenen erwähnt seien.

Obermedizinalrat Univ.-Prof. Dr. B. Nocht, Leiter des Hamburger Instituts für Schiffs- u. Tropenkrankheiten

Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg



Sir Patrick Manson auf der Höhe seines Wirkens 1905,
„Der Vater der englischen Tropenmedizin"

Die neue Londoner Tropenmedizin-Schule

Wenden wir uns den Fortschritten in der Therapie einzelner Tropenkrankheiten zu.

Die Malaria scheint durch die unfreiwilligen Massenexperimente des Großen Krieges an Ernst gewonnen zu haben. Tatsächlich aber wurde nur einem größeren Kreise die bisher nicht geahnte weite Verbreitung dieser Krankheit unmittelbar vor den Toren des besser kultivierten Europa vor Augen geführt, wo sie ja bis vor kurzem ebenfalls noch endemisch herrschte. Übertragungen in die hinter dem Seuchenabwehrwall befindliche Bevölkerung sind nur in ganz vereinzelten Fällen vorgekommen. Die „Malaria" der Kriegsteilnehmer hat mit den eigentlichen echten Malarien fast nur den Namen gemeinsam und umfaßt mit einem, leider, tropenmedizinischen Deckwort sämtliche rentenbedachten Gesundheitsstörungen in ähnlicher Weise, wie manchmal auch bei Tropenleuten ohne solchen Hintergrund das Bedürfnis nach einem kleinen Tropenheiligenschein lebenslang bestehen bleiben kann. Die echte Malaria aber gehört auch heute noch zu den am leichtesten erkennbaren und behandlungsfähigen, ja heilungsfähigsten Krankheiten überhaupt. Einer Bereicherung der Tropenmedizin aus der die früheren Forschungen der Tropenärzte nahezu unberücksichtigt lassenden medizinischen Kriegs- und Nachkriegsliteratur soll allerdings Erwähnung getan werden: das sind die pathologisch-anatomischen Ergebnisse[1]) echter Entzündungserscheinungen gewisser Teile des Gehirns und der Hirnhäute bei der akuten nichterkannten Malaria tropica, sowie ähnliche Affektionen an nervenverwandten Elementen unseres Körpers, z. B. den Nebennieren. Experimentelle Förderung hat das Studium der Malaria insbesondere durch ihre Anwendung als Heilmittel bei der Überpflanzung von Malaria tertiana auf Paralysekranke erfahren (Wagner-Jauregg u. a.). Die größte Förderung für die Tropenmedizin bedeutet jedoch die Einführung des Plasmochin in unseren Arzneischatz. Dieses von der Firma Bayer & Co., Leverkusen, hergestellte Mittel ist ein synthetisches, also nicht aus der Chinarinde gewonnenes Chinolinderivat, welches zuerst durch das Hamburger Tropeninstitut bei der natürlichen Menscheninfektion erprobt worden ist (Mühlens, O. Fischer), nachdem Tierversuche und Anwendung bei der künstlich infizierten Malaria der Paralytiker seine Unschädlichkeit erwiesen hatten. Sein Vorzug besteht darin, daß es nicht nur bei der Behandlung der Malaria tertiana und quartana — in Gaben von 3—4mal täglich 1 Tabl. zu 0, 02 — vorzügliche Wirkung hat, sondern hauptsächlich unsern Kampf gegen die Malaria tropica in bisher unerreichter Weise unterstützt, indem es geradezu mit mathematischer Sicherheit jene als Halbmonde bezeichneten Dauerformen aus dem peripheren Blut zum Verschwinden bringt, die allein für die Übertragung dieser schwersten Form der Malaria verantwortlich sind. Das Plasmochin-Bayer unterstützt bezw. ergänzt daher die Chininbehandlung in hervorragender Weise besonders in Ländern mit Malaria tropica; außerdem tritt es bei unangenehmen Nebenwirkungen des langefort genomme-

[1]) Duerck, H. und Polek, L.

nen Chinins zweckmäßig vorübergehend an dessen Stelle bei Chininabneigung, Magenstörungen, Ohrensausen, Nervosität, der — übrigens sehr seltenen — Chininfestigkeit, sowie bei Frauen während der Perioden und einiger Monate der Schwangerschaft, oder bei Neigung zu Blutungen auf Chinin. Jeder Packung ist eine Gebrauchsanweisung beigegeben, die genau zu befolgen ist, da bei unrichtiger Anwendung dieses Mittels Störungen auftreten können. Wir empfehlen gerne schon, die übliche tagelange Chininkur unter Zuhilfenahme des Plasmochin-Bayer auszuführen, indem eine oder zwei von den 5—6 Zimmer-Chininperlen zu 0,2 des Tagesquantums durch Plasmochin ersetzt werden, am besten in der Tagesmitte, wodurch der Kurand von Nebenwirkungen tagsüber so gut wie frei bleibt. Die andern auf dem Markte erschienenen antimalarischen Mittel der letzten 15 Jahre, wie Peracrina, Spirozid, Esanophele, Smalarina, Elevosan u. a. m. sind entweder in ihrer Zusammensetzung nicht genügend bekannt, um dem Arzt ein gewissenhaftes Vorgehen zu ermöglichen, oder aber Kombinationen verschiedener blutbildender Arzneien mit einer antimalarischen, also eine Zusammensetzung, die wir lieber in getrennter Form hintereinander zur Anwendung bringen.

Ein Ruhekissen für Nachlässige will aber auch das Plasmochin nicht sein; das sollte stets im Auge behalten werden. Denn Vorbeugung ist immer noch besser als Nachsehen.

Das Schwarzwasserfieber, diese schlimmste Komplikation der Malaria, ist zusehends in Abnahme begriffen dank der gewissenhafteren Bekämpfung und besseren Verhütung der Malaria selbst. Irgend ein neues Heilmittel gegen dasselbe ist nicht vorhanden.

Die Tropenruhr (Amoebiasis) ist keineswegs in Abnahme, eher in Zunahme, begriffen. Wenigstens scheinbar; denn sachgemäße Stuhluntersuchungen am körperwarmen Objekt sind eine neuere Errungenschaft und noch keineswegs Allgemeingut derjenigen, die sich mit solchen Kranken beschäftigen müssen. Das Mikroskop deckt mit seiner schwierigen Erkennung dieser meist kleinen und unauffallenden mannigfachen Körperchen, besonders der Dauerformen dieser Amöben und Flagellaten, etwa die Hälfte aller aus den Tropen zurückkehrenden Untersuchten als Träger dieser Infektionen auf, von denen jedoch nur ein Teil über Krankheitserscheinungen berichtet. Wir halten diese Protozoenerkrankungen des Verdauungskanals für die verbreitetste aller chronischen, die Heimat erreichenden Tropenkrankheiten. In ihrer Behandlung bedeutete schon die Einführung des Emetinum hydrochloricum (1913) einen nennenswerten Fortschritt, indem es oft geradezu schlagartig mit den lebenden Amöben aufräumt, und daher auch für Rückfälle immer wieder in kurzen Stößen wertvoll bleibt. Erst mit der Einführung des Yatren-105 der Behringwerke-Marburg durch das Hamburger Tropeninstitut (Mühlens und Menk) ist ein Heilmittel geschaffen, welches sowohl mit den lebenden, als besonders mit den Dauerformen den Kampf mit Aussicht auf Erfolg aufnimmt, wie bisher kein anderes Mittel. Es ist gleichfalls ein rein synthetisches Präparat, also nicht aus einer Pflanzen-

droge gewonnen. Man nimmt es in Kugeln zu 0,25 Gramm bis zu 2 und 3 Gramm pro Tag und ist dabei von der Einhaltung einer ängstlichen Diät befreit, welche früher für Jahre den Befallenen beschwerte. Es ist in noch viel höheren Gaben vollkommen unschädlich, wenn es auch als sogenanntes Schwellenreizmittel andere nebenherlaufende Krankheiten in ihrem Herd anzuzeigen vermag. Bei tiefer im Darm sitzender Erkrankung wird es besser als Einlauf in $^1/_2$% Lösung verabfolgt. Gegen Amöbenruhr in schwächeren und dafür längerdauernden Kuren angewandt, ist es bei Infektion mit den Flagellaten, die mehr Darmrohr- als Darmwandschmarotzer sind, in kürzeren größeren Stößen angezeigt.

Außerdem ist bei diesen, wie auch bei andern Protozoenkrankheiten im weitesten Sinne, also auch gelegentlich bei Leishmaniosis, bei Trypanosomiasis, ja selbst bei Malaria, die Verwendung des Antimon wieder in Aufnahme gekommen, wofür die Chem. Fabrik von Heyden-Radebeul mehrere Fertigpräparate, herstellt z. B. Stibenyl, Antimosan, welche intravenös oder intramuskulär angewandt werden. Derselben Fabrik verdanken wir auch drei ausgezeichnete gasbindende und daher bei allen Darmkatarrhen angezeigte Mittel, welche die Tierkohle zur Grundlage haben in Verbindung mit einem Kolloid und mit Silber: Gastrosan, Silargel, Adsorgan.

Die größte Bedeutung in therapeutischer und wissenschaftlicher Beziehung beansprucht aber das „Bayer-205", genannt Germanin (für den Gebrauch am Menschen) oder Naganol (am Tiere). Seine chemische Zusammensetzung ist ein Novum im Gebiete der Synthese. Es darf als das beste derzeitige Heilmittel im Kampfe gegen die menschliche und tierische Schlafkrankheit gelten, deren überaus große ökonomische Schäden es wie kein anderes bekämpfen hilft. Das amerikanische Mittel Tryparsamid ist im letzten Stadium wirkungsvoller, verursacht aber leicht Erblindungen.

Aus der Arsenreihe sind noch einige in einzelnen Fällen immer wieder mit Erfolg angewandte Mittel zu nennen, wie die Salvarsane (Höchst), ohne die der großzügige Kampf gegen die Framboesie undenkbar ist, und die auch in vielen anderen Fällen, so bei Malaria, Rückfallfieber, den tropischen Beingeschwüren, in vorderster Reihe stehen.

Die Lepra (Aussatz) hat einige neuere Heilmittel auf den Plan gerufen, die sämtlich von den veresterten Ölsäuren einiger Chaulmoograstraucharten ausgehen und die erste reine Darstellung des Antileprol-Bayer von Engel-Bey zur Grundlage haben. Eine frühzeitig erkannte Lepra hat bei chirurgischer Entfernung des Primärinfektes (meist Nase) und für Jahre fortgesetzten Gaben dieser Antileprole durch die Venen und den Magen heute die besten Aussichten auf wenigstens soziale Heilung, nachdem das neue internationale Leprageset (1913) dem Befallenen nach jeder Richtung entgegenkommt.

An dem Beispiel der Bekämpfung des Gelbfiebers auf medikamentösem Wege (Erreger entdeckt von Noguchi 1918 als Leptospira ikteroides) erleben wir die Unzulänglichkeit der tropenmedizinischen Be-

strebungen im Kampfe gegen die verschiedenen Krankheiten bakteriellen und unbekannten Ursprunges, der sich vorwiegend noch in der Prophylaxe, in der Zubereitung von Impfstoffen erschöpft.

Auch gegen die Infektion durch Filarien (Rundwürmer, deren Embryonen im Blute vorkommen) ist noch kein Heilmittel gefunden. Die Vernichtung der in den Geweben lebenden Elterntiere ist mit Ausnahme der Loa so gut wie aussichtslos, die Bekämpfung der mikroskopisch sehr großen Larven in der Blutbahn zwecklos, da sie nicht im Wirte auswachsen können.

Umso dankbarer gestaltet sich die Bekämpfung eines anderen Rundwurmes, des Hakenwurmes (Ankylostoma, Necator), dessen Gifte wohl die Hauptursache der Blutarmut der Kinder in den Tropen bilden Chenopodiumöl in vielerlei Handelsformen, besonders in Kapseln zu 16 oder 32 Tropfen für Kinder oder Erwachsene, und der chloroformähnliche Tetrachlorkohlenstoff (TCK) in absolut reiner Form (Merck) haben dem Thymol den Rang abgelaufen und sind in geübter Hand wirklich segensreich; auch bei sämtlichen andern Wurmkrankheiten, selbst den europäischen, sind diese beim Versagen andrer angezeigt.

Als die bedeutendsten, unentbehrlichsten Medikamente des internationalen Arzneischatzes der Tropenmedizin gelten unangefochten: Salvarsan, Yatren, Plasmochin, Germanin, Antimosan, ohne welche keine moderne Tropenmedizin überhaupt denkbar ist. Mit Ausnahme des ersteren hat die deutsche pharmazeutische Wissenschaft in enger Zusammenarbeit mit der ihrer tropischen Versuchsgebiete beraubten deutschen Tropenmedizin während der Kriegs- und Nachkriegsjahre der Welt diese unschätzbaren Waffen im Kampf gegen die größten Seuchen der Welt geschmiedet, ohne bisher die Gleichberechtigung praktischer Arbeit in den heißen Ländern von den Nutznießern dieser Entdeckungen zugestanden bekommen zu haben. Hoffen wir, daß die Zeit nicht mehr ferne sei, da auch wir die uns vor 15 Jahren aus der Hand genommene Arbeit mit altem Eifer, alter Treue, wieder verrichten dürfen.

Der gegenwärtige Stand der deutschen evangelischen ärztlichen Mission

Von Dr. med. Joh. Winkler

Die deutsche ärztliche Mission ist ja eine verhältnismäßig noch junge Sache. Im Jahre 1885 sandte die Basler Mission ihren ersten Missionsarzt nach der Goldküste. Bis zum Ausbruch des Krieges war die Zahl der deutschen Missionsärzte langsam auf 22 gestiegen. Das ist gegenüber den damals schon mehr als 1000 zählenden englischen und amerikanischen Missionsärzten eine sehr bescheidene Zahl. Im Weltkriege wurde die deutsche ärztliche Mission den gleichen Leidensweg geführt wie die gesamte deutsche Missionsarbeit. Die Zahl der Ärzte sank auf 4 herab. Nur langsam setzte die Erholung ein. Dann aber vollzog sie sich schneller, als man zu hoffen gewagt hatte. Zurzeit stehen 26 Ärzte und 4 Ärztinnen im Dienste der verschiedenen deutschen Missionsgesellschaften.[1]) Mit dieser Zahl von 30 Ärzten ist der Stand vor dem Kriege bereits überschritten.

Wenn wir mehr in die Einzelheiten des Wiederaufbaues der deutschen ärztlichen Mission eindringen wollen, so ergibt sich für die verschiedenen Missionsfelder von selbst eine Gliederung in 3 Gruppen:

1. Stationen, auf denen die Arbeit auch während des Krieges fortgeführt werden konnte;
2. Gebiete, in denen sie gleich nach dem Kriege wieder einsetzen durfte, und
3. Länder, die sich erst in späteren Jahren (von 1923 an) wieder öffneten.

1.

Im Reich der Mitte standen beim Schluß des Krieges nur noch 3 deutsche Missionsärzte auf ihrem Posten. Zwar war China durch die Alliierten gezwungen worden, Deutschland den Krieg zu erklären; soweit aber die Chinesen Herren im eigenen Hause blieben, ließen sie die deutschen Missionsarbeiter unbehelligt.

Im Hospital der Basler Mission in Kayin hatte Dr. Bay mit Schwester Käthe Linder die Arbeit am Hospital ohne Unterbrechung fortführen können. Bereits 1921 wurde Dr. Sikemeier als Ablösung gesandt. Im Jahre 1922 trat ihm Dr. Inhelder zur Seite, und noch im gleichen Jahre konnte Dr. Boeckh die Station Honyen, die lange Jahre ohne Arzt geblieben war, übernehmen.

[1]) Stichtag: 10. Oktober 1928.

Da alle 3 Ärzte aus Gesundheitsrücksichten schon nach wenigen Jahren in die Heimat zurückkehren mußten, galt es, so schnell wie möglich für Ersatz zu sorgen. So entsandte die Basler Mission im Jahre 1925 Dr. Müßig nach Kayin[1]), Dr. Traut nach Honyen und Ende Dezember 1926 Dr. Lutz als 2. Arzt nach Kayin, drei Badener, die sich durch ihre gemeinsame Ausbildung am Deutschen Institut für ärztliche Mission in besonderer Weise verbunden wissen. In Honyen hatte Schwester Else Herwig die Arbeit durch die Zeit des Krieges hindurchgerettet. Nach dem Ausscheiden von Dr. Boedh hielten die Schwestern Christine Bauer und Mina Heß den Betrieb aufrecht, und 1927 trat Schwester Anna Kocher in die Arbeit ein. In Kayin kam im gleichen Jahre Schwester Emma Martin der Schwester Anna Hetzler, die früher in Kamerun gearbeitet hatte und 1924 nach China versetzt worden war, zu Hilfe. Im Frühjahr 1928 traf der von den Ärzten schon lange ersehnte Spitalverwalter in Kayin ein in der Person des Diakon Arend.

Im Dienst der Liebenzeller Mission reiste im Jahre 1923 Dr. Eitel nach China, um in Hungkiang Dr. Witt abzulösen. In den letzten Tagen seines Aufenthaltes mußte dieser es erleben, daß bei einem Brande der Stadt Hungkiang das von ihm gegründete Missionshospital ein Opfer der Flammen wurde. Seinem Nachfolger Dr. Eitel[2]) fiel die Aufgabe zu, auf dem alten Stationshügel das Hospital ganz neu aufzubauen, nachdem er etwa ein Jahr lang in dem Salzamt der Stadt und in einem Soldatentempel sich in den bescheidensten Verhältnissen hatte behelfen müssen. Seit dem Eintritt des Dr. Herr im Jahre 1925 teilten sich die beiden Ärzte in die Arbeit am Krankenhaus, bis Dr. Eitel im Juni 1927 nach Changsha zur Eröffnung des neuen Hudson-Taylor-Hospitals gerufen wurde. Dort in Changsha hatte Dr. Witt nach seiner Rückkehr nach China im Januar 1927 zunächst die Vertretung seines Bruders, des Missionssuperintendenten der Liebenzeller Mission, übernommen; seit der Gründung des Hospitals beteiligt er sich an dem Unterricht des chinesischen Krankenhauspersonals.

Für die Arbeit an den Frauen sandte die Liebenzeller Mission u. a. die Krankenschwestern Margarete Quack (seit 1927 verheiratet mit Dr. Herr), Lydia Staiger (jetzt Frau Missionar Salzgeber), Elisabeth Gaedke und Elise Fischer nach China, ebenso wie die gleichfalls mit der China-Inland-Mission in Verbindung stehende Allianz-China-Mission die Schwestern Clara Budde, Ida Pfister und Esther Kurz. Die genannten haben alle ihre Ausbildung als Hebammen in Tübingen bekommen. Auch das Diakonissenmutterhaus Friedenshort in Miechowitz (Oberschlesien) stellte bereits 1912 der China-Inland-Mission vier Schwestern für die Arbeit in der Kweitschau-Provinz zur Verfügung, die Schwestern Anna Wackwitz, Frida Paul, Johanna Rabe und Margarete Welzel, und dann wieder 1921 die Schwester Marie Vorköper (früher im Dienst der Goßnerschen Mission in Purulia), 1922 Schwester Wanda Jenner, 1925 die Schwestern Luise Täuber und Dora Heierle.

[1]) Siehe Tafel 20.
[2]) Siehe Tafel 13.

Das Hospital der Rheinischen Missionsgesellschaft in Tungkun hatte kurz vor dem Kriege durch den Tod des jungen Dr. Zeiß, der am 13. Juni 1914 beim Baden im Ostfluß ertrank, einen schmerzlichen Verlust erlitten. So lag die Arbeit während des Krieges allein auf den Schultern von Dr. Eich, welcher 1913 von einem Europaurlaub nach China zurückgekehrt war. Als dieser im Frühjahr 1921 die Heimat aufsuchen mußte, wurde er noch im gleichen Jahre durch Dr. Hueck ersetzt. 1923 kam diesem Dr. Schwend zu Hilfe. Leider mußte Dr. Hueck bereits im Jahre 1924 krankheitshalber in die Heimat reisen, doch konnte er anfangs Oktober 1926 neugekräftigt nach Tungkun zurückkehren. Dr. Schwend hatte inzwischen einen Ruf der deutschen Kolonie in Bangkok angenommen. Fräulein Dr. med. Kehrer, die anfangs Februar 1926 in China eintraf, mußte bereits nach Jahresfrist, noch ehe sie in die Hospitalarbeit hatte eintreten können, aus Gesundheitsgründen wieder heimkehren. Mit ihr war die für Tungkun bestimmte Krankenpflegerin, Schwester Adele Ranke, ausgereist. Seit 1927 steht dem Missionsarzt der Diakon Präckel zur Seite. — Die Arbeit in dem Aussätzigenasyl der Rheinischen Mission in Schautam, das, 1905 von Dr. Kühne gegründet, jetzt 168 Leprösen eine Heimat bietet, konnte unter der wechselnden Verwaltung der Missionare Rieke, Maus und Diehl durch die Kriegsjahre hindurch bis zur Gegenwart in vollem Umfang aufrecht erhalten werden.

Da Holland seine Neutralität wahrte, erlitt das Werk der Rheinischen Missionsgesellschaft auf ihren verschiedenen in Niederländisch-Ostindien gelegenen Feldern keine Unterbrechung. So konnte auch die Arbeit in ihrem Hospital in Pearadja[1]) auf Sumatra von Dr. Winkler und Schwester Auguste Beisenherz fortgeführt werden, bis im Jahre 1920 mit Dr. Wagner, — er war der erste deutsche Missionsarzt, der nach dem Kriege ausgesandt wurde, — und den Schwestern Alwine Hamacher und Anna Godau die ersehnte Ablösung eintraf. Die Zahl der im Missionshospital Behandelten stieg dort in den letzten Jahren so sehr, daß die Aussendung eines zweiten Arztes nötig wurde. So reiste Dr. Johannsen Anfang Oktober 1926 nach Pearadja und trat schon nach einigen Monaten in die Arbeit ein. Da die räumlichen Verhältnisse der Station Pearadja eine wesentliche Vergrößerung nicht gestatten, ist seine Verlegung bereits beschlossen. Mit Hilfe der Kolonialregierung wird auf einem weiter nördlich gelegenen Gelände eine neue Krankenhausanlage erstehen. Demnächst sendet die Rheinische Mission Dr. Dannert als dritten Arzt ins Batakland, da sich die Gründung eines zweiten Missionshospitals als nötig erwies. Am Hospital in Pearadja stehen jetzt die Schwestern Auguste Beisenherz, Lina Tüttemann, Martha Schächter und Magda Albrecht; an den Hilfskrankenhäusern in Balige und Sitorang die Schwestern Ida Gräber und Alwine Hamacher. — Im Jahre 1921 konnte Missionar Steinsiek das von ihm 1900 gegründete Aussätzigenasyl Huta Salem seinem Nachfolger Diakon Rittich übergeben. Auch das kleinere Asyl in Situmba konnte sein Werk ohne Störung fortsetzen.

[1]) Siehe Tafel 8.

Die westlich von Sumatra gelegene Insel Nias, gleichfalls Rheinisches Missionsgebiet, mußte immer wieder auf den schon seit 1900 erhofften Missionsarzt verzichten. Die 1908 ausgesandte Schwester Magda Reinecke wurde schon bald durch den Tod aus ihrem Dienst abgerufen. Von 1910—1921 wirkte dort Schwester Maria Fischdick. Seit 1914 steht Schwester Margarete Dungs an dem Hilfskrankenhaus in Lolowua, von 1921 an mit Schwester Elisabeth von Böttticher zusammen. Diese kehrte 1928 zur Erholung in die Heimat zurück. An ihre Stelle wird demnächst Schwester Hedwig Mertin treten.

Die Neutralität Hollands ermöglichte auch der Brüdergemeine die Fortführung ihrer Arbeit in Niederländisch-Westindien, in Surinam, sodaß ihre deutschen Schwestern in dem Aussätzigenasyl Bethesda[1]) während des Krieges unbehelligt blieben. Nach jahrzehntelangem treuem Dienst bedurften die Schwestern Philippine Stuhlfauth, Christiane West, Alwine Seliger, Catharina Brands und Hedwig Wünsche der Rückkehr in die Heimat, die freilich erst in den Jahren 1921—1923 möglich war. An diesem Asyl, das jetzt 65 Patienten beherbergt, arbeiten zurzeit 5 deutsche und 1 holländische Schwester. Im September wurde das Kinderhaus „Saron" eingeweiht, in dem gegenwärtig 98 aussätzige Kinder unter der Pflege von 3 deutschen Schwestern stehen.

Selbst in Palästina konnten die Schwestern der Brüdergemeine das Werk in dem 1867 vor den Toren Jerusalems gegründeten Aussätzigenasyl „Jesushilfe" durch Kriegs- und Nachkriegszeit hindurch behalten. Hier drohte die Gefahr der Aufhebung ja erst, als die Engländer Palästina besetzten. Nach 30jährigem Dienst wurde die Oberin, Schwester Elisabeth Müller, im Jahre 1923 von Schwester Else Heinke abgelöst, an deren Stelle 1924 Schwester Oggeline Nörgaard trat; ihr stehen 4 Schwestern zur Seite. Ende 1927 zählte dieses Asyl 31 Insassen.

In Nordwest-Transvaal besteht in der Nähe der Berliner Missionsstation Blauberg ein Hospital, das zunächst zur Behandlung der an Lues leidenden kriegsgefangenen Basuto auf der Station Leshoane von Frau Missionar Franz gegründet wurde, welche früher als Diakonisse eine vielseitige gründliche Ausbildung genossen hatte. Im Jahre 1908 wurde das Asyl auf Wunsch der Regierung, die dem Werke ihre Unterstützung zuwandte, von Blauberg nach der benachbarten Regierungsfarm Bochum verlegt. Dort hat sich um ein geräumiges Krankenhaus ein ganzes Dorf mit 30 massiven steinernen Rundhäusern entwickelt, in denen die Patienten mit ihren Angehörigen wohnen. Im Jahre 1914 errichtete die Regierung neben dem Hospital ein Aussätzigenasyl, das 140 Leprakranken Raum bietet. Als Missionar Franz 1919 starb, übernahm sein Schwiegersohn, Missionar Jäckel, die Leitung der Anstalten.

Auf ihr südostafrikanisches Arbeitsfeld sandte die Berliner Mission 1928 als Missionsärztin Fräulein Dr. med. Tscheuschner, die Braut des Missionars Pastor Schiele, der für seine Arbeit unter den Sulu durch die Teilnahme an dem Tübinger Samariterkurs 1925—1926 auch medizinisch gut

[1]) Siehe Tafel 21.

vorgebildet wurde. Das Ehepaar hat soeben seine Arbeit in Rosenstein in Natal aufgenommen und soll möglicherweise in einigen Jahren im Swasiland die erste Missionsstation der Berliner Mission aufbauen.

Der Verein „Frauenhilfe fürs Ausland" wurde 1908 gegründet, um alle diejenigen Arbeiten, welche die ev. Frauenhilfe an den Heimatgemeinden leistete, auch den deutschen Auslandsgemeinden zugute kommen zu lassen. Als Rückgrat der gesamten Arbeit wurde 1909 in Münster in Westfalen ein Diakonissen-Mutterhaus ins Leben gerufen, welches durch besondere Führungen 1912 nach Wittenberg verlegt und dort mit dem Katharinenstift verbunden wurde. In den Jahren 1913/14 wurden die ersten Diakonissen ausgesandt nach Chile, Brasilien und Deutsch-Südwest-Afrika. Der Krieg brachte die ganze Arbeit zum Stillstand und führte zur Beschränkung des Werkes auf Südbrasilien, wo sich gegen 300 Gemeinden mit ½ Million Deutscher in 3 evangelischen Synoden zusammengeschlossen haben. Nach dem Kriege konnten weitere Schwestern erst von 1920 an ausgesandt werden. Nun wuchs die Arbeit unter dem sichtbaren Segen Gottes von Jahr zu Jahr. Im deutschen Frauenheim zu Rio de Janeiro, im evangelischen Krankenhaus und Wöchnerinnenheim in Blumenau,[1]) im großen deutschen Kranken- und Diakonissenhaus in Porto Alegre sind Wittenberger Schwestern an der Arbeit. Dazu kommen eine Reihe von Gemeindepflegen in Garcia, Sao Leopoldo, Santa Cruz und Florianopolis. In der Schularbeit stehen bisher nur 2 Schwestern, eine leitet den Kindergarten in Petropolis, der wesentlich dazu beiträgt, daß die kleinen Kinder in der deutschen Sprache so weit gefördert werden, daß sie die deutsche Schule besuchen können. Die jüngste und besonders aussichtsreiche Arbeit ist die Übernahme der Leitung des Evang. Stiftes in „Hamburger Berg". — In den Wöchnerinnenheimen und in der Gemeindepflege stehen 7 Hebammenschwestern, die ihre Ausbildung in Anlehnung an das deutsche Institut für ärztliche Mission in Tübingen erhalten haben. Insgesamt stehen zurzeit 42 Wittenberger Schwestern in der Arbeit, alle in engster Verbindung mit den deutschen evangelischen Pfarrämtern der Gemeinden, welche durchweg dem Ev. Oberkirchenrat, später dem deutschen evangelischen Kirchenausschuß angeschlossen sind.

2.

Als die deutschen Missionsgesellschaften nach Kriegsschluß wieder daran denken konnten, die Aussendung von Ärzten ins Auge zu fassen, kamen zunächst nur die Länder, in denen die 4 genannten Missionshospitäler bestehen geblieben waren, d. h. China und Niederländisch-Indien, in Betracht.

Die Berliner Mission hatte durch den Krieg ihre beiden Hospitäler in Ostafrika eingebüßt, auf ihrem Missionsgebiet in Südchina stand jedoch dem Dienst der ärztlichen Mission nichts im Wege. — So wurde bereits im Jahre 1921 Dr. Rummel dorthin gesandt, um auf der Station Namjung ein Missionshospital zu gründen. Doch führten ihn die Umstände dazu, in Canton

[1]) Siehe Tafel 20.

eine private Praxis zu beginnen. Dagegen eröffnete die im gleichen Jahre ausgesandte Schwester Käthe Schöninger 1923 in Namjung eine Poliklinik. Erst im Jahre 1925 konnte wieder ein Arzt dorthin gesandt werden, Dr. Glökler, der alsbald die Gründung des Hospitals tatkräftig in die Hand nahm. Recht bezeichnend für das neue China ist der Vertrag, den Dr. Glökler für das „Namjunger chinesisch-deutsche Krankenhaus" mit dem Wohlfahrtsausschuß, der sich aus Vertretern der Staats- und Kommunalregierung, der Kaufmannschaft und des Schulwesens zusammensetzt, abschloß und der südchinesischen Regierung zur Anerkennung vorlegte. Darnach werden der Arzt und das Krankenhauspersonal von dem Berliner Verein für ärztliche Mission bezahlt und unterstehen dessen Leitung. Der Missionsarzt hat die Krankenhausordnung zu bestimmen und den christlichen und missionarischen Charakter der Anstalt zu sichern, während der Wohlfahrtsausschuß für die Gebäude und die Inneneinrichtung aufkommt. Auf einem ehemaligen Tempelgrundstück konnte Dr. Glökler im Juni 1926 die Poliklinik eröffnen und ein Krankenhaus einrichten. Durch die Erkrankung seiner Frau sah er sich jedoch gezwungen, schon anfangs 1927 in die Heimat zurückzukehren. Die Unterbrechung der aufblühenden Arbeit konnte nur dadurch verhindert werden, daß Dr. Deußen für ein Jahr in die Lücke trat. Zur rechten Zeit fand dann die Berliner Mission in Dr. Lüders den rechten Mann für die Fortführung des Werkes. Die Ende 1925 ausgesandte Schwester Hildegard Petzsch erkrankte und wurde 1927 durch Schwester Margarete Roye ersetzt. Dieser folgten bald die Schwestern Ida Krebs und Johanna Straube. Schwester Ida übernahm im Frühjahr 1928 die Arbeit in der Gemeinde in Schaudschu. Dort hatte die Krankenschwester Käthe Welker sich in der Zeit ihres ersten, zehnjährigen Aufenthaltes so sehr das Vertrauen der Bevölkerung erworben, daß chinesische Christen freiwillig die Kosten für ihre Wiederausreise im Dezember 1924 aufbrachten. Ihren Urlaub hatte sie benutzt, um sich in Tübingen in der Hebammenkunst weiter fortzubilden. Jetzt leitet sie selbständig eine Poliklinik in Tschichin.

Dr. H. Neuffer reiste als freier Missionsarzt in Verbindung mit den „Brüdern" im Jahre 1921 nach China, um in Hinghwa, Provinz Kiangsu, zunächst eine Poliklinik zu eröffnen. Durch verschiedene glückliche Operationen (künstliche Entbindung, Schädeltrepanation) gelang es ihm schnell, das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen. Bald konnte ein wohleingerichtetes Krankenhaus von 30 Betten gebaut werden, das in Sprechstunden- und Dauerbehandlung jährlich etwa 5000 Patienten Hilfe bot. Unterstützt wurde er in der Arbeit zuerst von einer holländischen Krankenschwester Johanna Verkijk, die leider nach ½jähriger Tätigkeit an Tuberkulose erkrankte. Von 1925 an stand ihm seine Schwester Ruth Neuffer als Krankenpflegerin und Hebamme zur Seite. Die Errichtung einer Hebammenlehrschule wurde im Verein mit der Stadtverwaltung vorbereitet. Doch zwangen die innerpolitischen Schwierigkeiten Dr. Neuffer im November 1927 zu einem Heimaturlaub. Die ordnungsliebenden Elemente der Stadt zeigten in einer Abschiedsversammlung ihre dankbare Hochachtung vor der deutschen Medizin und auch

vor dem Geist der Hingebung und dienenden Liebe, in dem das Krankenhaus geleitet war. Sie wünschten dringend die Fortsetzung der Arbeit, sobald die innere Ruhe wieder hergestellt ist. Ermunternd war im letzten Jahr der, wenn auch zahlenmäßig kleine, geistliche Erfolg der missionsärztlichen Arbeit.

Der Deutsche Frauenmissionsbund hatte schon vor dem Kriege verschiedene Krankenschwestern in Shunking (Provinz Szechuan) stationiert. Schwester Maria Rutz reiste 1922, Schwester Magdalene Wegerle 1925 zum 2. Mal hinaus. Im Jahre 1925 sandte der Frauenmissionsbund in Verbindung mit dem Missionsbund christlicher Akademikerinnen Fräulein Dr med. Soenderop, die ihre Praxis in Shunking unter den chinesischen Frauen eröffnete, aber wegen schwerer Erkrankung bereits Ende 1927 nach Deutschland zurückkehren mußte. Im Herbst 1926 schickte der Deutsche Frauenmissionsbund die Krankenschwester Margrit Heusner nach Shunking, die bis zur Abreise von Fräulein Dr Soenderop an deren Seite arbeitete. Jetzt führt Schwester Margrit die Poliklinik allein fort, einstweilen unterstützt von Schwester Magdalene Wegerle. Schwester Maria Rutz ist kürzlich in die Heimat zurückgekehrt, da ihre Gesundheit den Tropen nicht mehr gewachsen war.

Die in Hildesheim beheimatete Deutsche Blindenmission für China sandte im Herbst 1921 die frühere Hongkonger Blindenschwester Sophie Moritz nach Kayin, wo die Basler Mission eine Anzahl von Blinden versorgte, und stellte ihr 1924 die Schwester Alwine Berg zur Seite. Nach einem Europaurlaub konnte Schwester Sophie im Februar 1928 zum 5. Mal nach China ausreisen, um das jetzt endlich von der englischen Regierung zurückgegebene Blindenheim in Hongkong-Kowloon wieder zu übernehmen. Da nach der 9jährigen englisch-amerikanischen Anstaltsverwaltung die inzwischen herangewachsenen blinden Mädchen sich einer christlichen Hausordnung nicht mehr fügen wollten, brachte der Übergang große Schwierigkeiten mit sich. Im Oktober 1928 wird Schwester Brigitta Damm zur Unterstützung der Schwester Alwine nach Kayin abgeordnet.

Die von den Engländern 2 Jahre nach dem Waffenstillstand übernommene Arbeit der Hildesheimer Blindenmission an chinesischen Mädchen in Hongkong konnte Schwester Agathe von Seelhorst, welche dort 1905—1913 im Blindenheim Tsau Kwong tätig war, 1921 mit 25 ihrer früheren blinden Schülerinnen in der südchinesischen Stadt Shekki wieder anfangen. Ende 1924 kamen ihr die Schwestern Bertha Reinhardt und Margarete Heinze, die auch früher schon in China tätig waren, zu Hilfe, sodaß sie 1925 in die Heimat zurückkehren konnte. Die Blindenarbeit in Shekki hat sich selbständig weiter entwickelt unter dem Namen Canton-Blindenmission. Sobald die Hildesheimer Mission ihre bisher dort verpflegten Blinden zurückgenommen hat, werden blinde Mädchen aus Shekki und Umgegend in diese Blindenschule aufgenommen werden. Im Herbst dieses Jahres wird die Canton-Blindenmission eine dritte Missionarin, Schwester Erna Singer, nach Shekki aussenden.

In Nord-China hatte der Allgemeine Evangelisch-Prote-

stantische Missionsverein (Ostasien-Mission) bereits vor dem Kriege die ärztliche Mission als einen wichtigen Zweig seiner Arbeit ausgebaut. Durch das Faber-Hospital in Tsingtau und mehrere Polikliniken erfuhren jährlich etwa 10 000 Chinesen ärztliche Hilfe. Bis 1915 stand dort Dr. Eyl, welcher als Kriegsgefangener nach Japan kam, dann als Arzt einen Transport deutscher Frauen begleitete, von den Engländern in Hongkong zeitweise festgehalten wurde und 1918 an der Westfront fiel. Die Arbeit in Tsingtau konnte nicht wieder aufgenommen werden. Aber weit im Innern der Provinz Schantung waren 40 Millionen Chinesen ohne die Hilfe eines europäischen Arztes. So hat Dr. Ellermeier im Dienst des Vereins Ende 1925 in Tsining, einer Stadt mit 300 000 Einwohnern, eine Missionspoliklinik eröffnet, in der ihn seine als Augenärztin ausgebildete Gattin unterstützte. Als er anfangs 1928 aus Gesundheitsgründen in die Heimat zurückkehren mußte, wurde Dr. Haensel sein Nachfolger, und diesem folgte bald die Schwester Hanni Moser, eine Schweizerin. Die dortige Arbeit hatte noch sehr schwer zu leiden unter den Kriegswirren, entwickelt sich aber ärztlich befriedigend. Der Bau einer Poliklinik und eines Wohnhauses für den Arzt ist vollendet; die Errichtung eines Krankenhauses mußte jedoch auf ruhigere Zeiten verschoben werden.

Die Verhältnisse sind in China zurzeit außerordentlich schwierig, doch blieb es ja gerade den deutschen Missionaren und Missionsärzten noch möglich, ihre Arbeit fortzusetzen, während die Missionsarbeiter der nichtdeutschen Missionsgesellschaften da und dort für kürzer oder länger das Feld räumen mußten. Echt missionarisch ist die Rolle, welche die deutschen Missionshospitäler während der Bürgerkriege der letzten Jahre gespielt haben, indem sie die Kranken und Verwundeten der verschiedenen Parteien in ihren Krankenhäusern mit der gleichen Fürsorge behandelten. Obendrein hatten die Missionsärzte wie die Missionare öfters die Aufgabe, als Friedensvermittler zwischen den kämpfenden Parteien aufzutreten, und damit die Gelegenheit, großes Unheil von ihren Städten abzuwenden.

Die Missionshospitäler in China kämpfen, wie die ganze dortige Missionsarbeit, mit den schweren Problemen der Gegenwart. So wird z. B. von der Medizinschule der Basler Mission in Kayin berichtet, daß die Regierung immer größere Schwierigkeiten bezüglich der Anerkennung der daselbst ausgebildeten Ärzte macht. Das Gleiche erfuhr die Medizinschule der englischen Presbyterianer in Swatow. Die dortige Regierung erklärte, sie erkenne die von ihnen ausgebildeten Schüler nicht an, wenn der Unterricht nicht demjenigen einer modernen Medizinschule entspräche. So kommen die Missionshospitäler in die unerwünschte Lage, daß sie ihre Hilfsärzte aus den nicht-christlichen staatlichen Medizinschulen Chinas nehmen müssen, die zudem nicht genügend Kräfte zur Verfügung stellen können.

Nächst dem Reich der Mitte bot Niederländisch-Indien schon gleich nach Beendigung des Krieges der deutschen ärztlichen Mission die Möglichkeit zur Stationierung von Missionsärzten.

Die Neukirchener Mission, die mit der Salatiga-Mission in

Utrecht verbunden ist, sandte im Jahr 1922 Dr. Sickinger nach Java, wo bereits 3 holländische Missionsärzte an zwei großen Hospitälern mit 150 bezw. 200 Betten in Purwodadi und Blora arbeiteten. Zwei Jahre später sandte sie einen zweiten deutschen Arzt dorthin, Dr. Sigel, und Ende 1927 einen dritten, Dr. Fast. Während vor dem Kriege aus Deutschland die Schwestern Berta Böhl, Klara Keil und Frieda Kamp als Krankenschwestern in die Arbeit eingetreten waren, wurden nach Kriegsschluß fünf weitere deutsche Schwestern zum Dienst an den Missionshospitälern in Blora und Purwodadi und an den Hilfskrankenhäusern in Kalitjeret, Bodjonegoro und Ungaran ausgesandt, die Schwestern Käthe Weiß, Auguste Feldsieper, Maria Eglin, Toni Kronshage und Ada Zimmerbeutel. Außer ihnen sind noch mehrere holländische Schwestern an denselben Häusern tätig.

Das Basler Missionsgebiet in Südborneo hatte schon wiederholt zugunsten Chinas auf einen Arzt verzichten müssen, da natürlich die Erhaltung der Arbeit an den bereits bestehenden Hospitälern der Neugründung vorging. Mit Überwindung großer Schwierigkeiten hatte jedoch schon seit 1923 die Missionskrankenschwester Mina Föll, die von 1913—1916 in Kamerun stand, auf Borneo der ärztlichen Mission den Boden bereitet. Im Jahre 1927 konnte Dr. M. Vischer dorthin gesandt werden, um ein Missionshospital in Kwalakapuas zu eröffnen, nachdem er in Surabaja auf Java die niederländisch-indischen ärztlichen Prüfungen abgelegt hatte.

Seit 1911 besteht übrigens ein für die Fortführung deutscher missionsärztlicher Arbeit in Niederländisch-Indien bedeutungsvolles Ausnahmegesetz, das den deutschen, amerikanischen und anderen nichtholländischen Missionsärzten auf Grund ihres Heimatdiploms gestattet, unter der armen eingeborenen Bevölkerung ihre Praxis auszuüben. Sie sind damit auch berechtigt, die Lieferungen von Arzneien und Verbandmitteln, sowie die finanziellen Unterstützungen zu beanspruchen, die das niederländisch-indische Subsidiengesetz vom Jahre 1906 den Missionshospitälern gewährt. Gleichwohl haben mehrere der in Niederländisch-Indien stehenden deutschen Missionsärzte es auf sich genommen, die holländischen ärztlichen Prüfungen abzulegen, um so ihren Hospitälern die Einnahmen aus der Praxis unter den Europäern und den reichen Chinesen und Javanen zuwenden zu können. Dabei hegten sie die Hoffnung, daß der Zugang zur Privatpraxis auch „die Beziehungen zu den Bessergestellten der verschiedenen Rassen fördert, was wiederum der Missionsaufgabe dienen kann".

Für die Arbeit unter den Mohammedanern Javas darf man es wohl gelten lassen, was Dr. Sickinger in seinem Bericht über das Jahr 1924 aussprach: „Gerade durch die ärztliche Mission kommen wir immer mehr zu der Überzeugung, daß wir lange Zeit die Predigt als Missionsmittel überschätzt haben; die christliche Liebestätigkeit hat ihre Bedeutung in der Äußeren so gut wie in der Inneren Mission; ja sie findet hier bei uns gewissermaßen einen jungfräulichen Boden, denn christliche Liebe ist hier unbekannt."

In der Türkei hatte sich der Deutsche Hülfsbund für

christliches Liebeswerk im Orient, ursprünglich als eine Hilfsaktion für das durch die Verfolgung von 1895/96 betroffene armenische Volk gedacht, zu einer dauernden Arbeit entwickelt, in der auch verschiedene Ärzte wirkten (Dr Härle, Hoth, Müllerleile, K. Voland, Frau Dr Fallscheer). Jetzt erschwert die türkische Regierung die Rückkehr ausländischer Ärzte dadurch, daß sie nur denen die Arbeit gestattet, die bereits vor dem Kriege das türkische Diplom erwarben, und diesen auch nur in dem Falle, daß sie zu zweit die Arbeit an einem Hospital beginnen. In der Türkei ist den Deutschen ein selbständiges Krankenhaus nur in Konstantinopel gestattet. Um so entschiedener setzte der Deutsche Hilfsbund seine Arbeit unter den Armeniern durch den hingebenden Dienst der Krankenschwestern fort. Den Schwestern Paula Schäfer, Marie Timm (jetzt Frau Pfarrer Georgieff in Schumen) und Adele Herold, die schon vor dem Kriege in Marasch standen und nach zweijähriger Unterbrechung im Jahre 1921 ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten, wurden jüngere Schwestern zu Hilfe geschickt, darunter eine in Krankenpflege und eine in Geburtshilfe ausgebildete: Schwester Rosa Zeller und Zuleika Pyelik. Im Jahre 1923 begann der Hilfsbund sein Werk unter den armenischen Flüchtlingen in Bulgarien mit Notstands- und Krankenarbeit in Philippopel, die jetzt von Schwester Mina Enßlen, früher in Mesereh in der asiatischen Türkei, und Schwester Lucie Roth getrieben wird. Außerdem besteht in Schumen in Bulgarien seit Herbst 1926 eine kleine Krankenarbeit, der Schwester Erna Weber vorsteht. In Griechenland arbeitet seit dem Jahre 1923 unter den armenischen Flüchtlingen in Kawala die früher fast 10 Jahre in der Türkei stationierte Krankenschwester Anna Jensen, der im Januar 1927 die in Tübingen in Geburtshilfe ausgebildete Schwester Marie Röck zur Seite trat. Im Herbst 1928 sollen wieder zwei Krankenschwestern ausgesandt werden, die eine nach Marasch und die andere nach Schumen.

Die Deutsche Orientmission hatte in früheren Jahren in Urfa Dr Christ und Dr A. Vischer und in Diarbekr Dr Raab stationiert. Nach dem Kriege mußte sie sich darauf beschränken, in gemeinsamer Arbeit mit anderen Nationen und Gesellschaften innerhalb der Grenzen der Länder, die unter Mandatsherrschaft stehen, den aus den mohammedanischen Gebieten stammenden Flüchtlingen Hilfe zu leisten, da trotz der im ganzen Inneren Vorderasiens herrschenden großen Krankheitsnot das Mißtrauen gegen christliche Ärzte außerordentlich stark ist.

Die 1908 von Missionar Christoffel in Türkisch-Kurdistan begonnene Christliche Blindenmission im Orient wurde durch den Krieg und die Verfolgung der armenischen Christen vernichtet. Von den 80 Pfleglingen ihres Blindenheims „Bethesda" in Malatia am Euphrat fanden 56 den Tod durch Hunger, Durst oder Mord. Der Friedensvertrag brachte mit der Ausweisung der Missionare 1918 den Zusammenbruch auch dieser Arbeit. Im Dezember 1925 eröffnete Christoffel mit einem Gehilfen und den Schwestern Hanna Münker und Elfriede Schuler das „Deutsche

Blindenheim" in Täbris; 1928 gründete er ein zweites in Isfahan. Im September 1928 wurden Missionar Heine und Frau mit der Diakonisse Frieda Schwarzbach ausgesandt. Der Verein sucht jetzt einen Arzt oder eine Ärztin für den weiteren Ausbau des Werkes, das bereits ein Ausgangspunkt für Armenpflege, Erziehungsarbeit und ärztliche Fürsorge in Persien geworden ist.

In Sautschbulagh in Persien übernahm Dr. Schalk im Oktober 1923 die verwaist stehende ärztliche Station der amerikanischen Lutherischen Kurdenmission, welche sich zur Fortführung der Arbeit mit der Hermannsburger Lutherischen Mission in Persien verband. Nach schweren Jahren ging er im Dezember 1927 auf Urlaub nach Deutschland, er gedenkt jedoch im Herbst 1928 eine neue Arbeit in Persien zu beginnen.

In Saloniki gelang es Dr. Goldstein, der wegen seiner deutschen Nationalität aus seiner Arbeit unter den Juden Marokkos vertrieben war, im Jahre 1922 im Dienst der Mildmay-Judenmission Fuß zu fassen mit der Eröffnung einer Poliklinik für die 120 000 Juden der Stadt und die in Konzentrationslagern untergebrachten armenischen und griechischen Flüchtlinge.

3.

Die Unmöglichkeit, in den afrikanischen Missionsgebieten die Arbeit wieder aufzunehmen, hatte bewirkt, daß der Schwerpunkt der deutschen ärztlichen Mission sich in den ersten Jahren nach dem Kriege nach dem fernen Osten verschob. Vom Jahre 1923 an begannen jedoch die verschlossenen Gebiete sich der deutschen Mission wieder zu öffnen, zunächst allerdings nur unter der Patenschaft ausländischer Missionsgesellschaften, so der Vereinigten Freikirche Schottlands für Britisch-Togo und die Goldküste, so der Pariser Mission für Britisch-Kamerun, weiterhin aber auch ohne drückende Einschränkungen für alle britischen Kolonien, Protektorate und Mandatsgebiete. Nachdem so zunächst einmal wenigstens für die britischen Gebiete die Rückkehr der deutschen Missionare möglich geworden war, haben sich nun auch der ärztlichen Mission die Wege wieder geöffnet.

Im Laufe des Jahres 1926 zogen die ersten beiden jungen deutschen Missionsärzte hinaus nach dem ehemaligen Deutsch-Ostafrika.

Die Betheler Mission sandte im Oktober 1926 Dr. S. Müller nach Usambara, um dort die Arbeit, die Dr. Proelß im Dienst des Afrikavereins in den Jahren von 1904—1909 in Wuga geleitet hatte, auf der Station Bumbuli wieder aufzunehmen. Er fand dort bereits zwei Bethelerschwestern vor, Schwester Helene Semrau, die im September 1925 ausgegangen war, und Schwester Friederike Schumacher, welche bereits von 1912—1919 in Hohenfriedeberg gestanden hatte und im Juli 1926 auf ihr früheres Arbeitsfeld zurückgekehrt war. An die Stelle dieser beiden Schwestern, die krankheitshalber schon nach Jahresfrist wieder abgelöst werden mußten, traten im Oktober 1927 die Schwestern Luise Dieker und Berta Maler. Im April 1928 sandte die Bethelermission Dr. Kröber als zweiten Arzt nach Ostafrika, um in Kamat-

schumu bei Bukoba am Viktoriasee ein Hospital zu eröffnen. Der bereits 1894 zum erstenmal ausgesandte Betheler Diakon Bokermann, der Leiter der Irrenanstalt für die Farbigen in Lutindi, konnte in der Kriegs- und Nachkriegszeit als einziger aktiver deutscher Missionsarbeiter auf seinem Posten in Ostafrika bleiben, weil die englische Regierung niemand hatte, der für die 80 Geisteskranken sorgen konnte. Es war ihm vergönnt, 1921 noch das 25jährige Jubiläum der Station zu erleben, dann aber mußte er mit erschöpften Kräften in die Heimat zurückkehren. Am 1. April 1927 durfte sein Mitarbeiter, Diakon Nickel, die Fürsorge für die Anstalt wieder übernehmen. Er überwacht gleichzeitig das Aussätzigenasyl Hekalungu.

Die Leipziger Mission hatte auf ihrem Arbeitsgebiet in Ostafrika im Jahre 1902 Dr Ploetze und im Jahre 1909 Dr Ittameier als Missionsarzt stationiert. Dieser begann 1912 mit dem Bau einer größeren Krankenhausanlage in Madschame am Kilimandjaro. Hier und auf anderen Plätzen entfalteten 5 Diakonissen aus den Mutterhäusern Ludwigslust und Darmstadt eine segensreiche Tätigkeit. Der Arzt war 1913 auf Heimaturlaub gegangen. Dann kam der Krieg und lähmte die hoffnungsvoll aufblühende Arbeit. Missionar Dannholz, welcher sich durch Teilnahme an einem der Samariterkurse des Deutschen Institutes für ärztliche Mission in Tübingen eine gute Vorbildung für die Behandlung der Kranken erworben hatte, wurde im April 1915 als Krankenpfleger an das Regierungshospital in Tanga berufen, geriet zwei Jahre später in englische Gefangenschaft und starb 1918 an tropischer Ruhr in einem Gefangenenlager in Ägypten. Die Schwestern Berta Schulz, Elisabeth Vierhub, Elisabeth Wärthl und Friederike Steinacker wurden 1920 ausgewiesen, sobald die Engländer das Mandat über dieses Gebiet bekamen. Die amerikanische Augustana-Synode, welche 1922 die Verwaltung des Leipziger Gebietes übernahm, sandte 1923 eine Ärztin, Fräulein Dr Anderson aus, und eine Krankenschwester, Fräulein Selma Swanson, die ihren Wirkungskreis in Mbaga (im Pare-Gebirge) erhielten, der früheren Station des Missionars Dannholz. Im Jahre 1925 konnte die Leipziger Mission ihre Arbeit und damit auch ihre missionsärztliche Tätigkeit in Ostafrika wieder aufnehmen, zunächst durch die Wiederaussendung der Schwestern Elisabeth Vierhub und Elisabeth Wärthl. Ein Jahr später folgte ihnen der Missionsarzt Dr. Puff, um in Madschame[1]) nach 13jähriger Unterbrechung das Werk an der Hospitalstation wieder aufzunehmen. Mit ihm gingen die drei jungen Missionare Hohenberger, Rißmann und Winkler, die an einem halbjährigen medizinischen Kursus in Tübingen teilgenommen hatten, und Missionar Eisenschmidt, der dort eine einjährige Ausbildung genoß.

Die Berliner Mission hatte bei Kriegsausbruch in ihrem ostafrikanischen Gebiet 2 Hospitalstationen, Kidugala und Jsumba, mit 2 Ärzten. Dr Oehme, der sich als Sanitätsoffizier der bei der Station der Brüdergemeine Mbozi zusammenströmenden Verwundeten angenommen hatte, war am 1. Juli 1916 dem Typhus erlegen. Die Schwester von Kidu-

[1]) Siehe Tafel 7.

gala, Schwester Anna Böhlau, war schon 1915 an Malaria gestorben. Dr. Grimm und die Schwester Barbara Alexander gerieten in englische Gefangenschaft; 1918 durften sie die Leitung eines Hospitals für Eingeborene in Morogoro übernehmen und auch den dort noch weilenden deutschen Familien dienen, aber im Februar 1919 wurden sie nach Deutschland abtransportiert, Dr. Grimm, der trotz seines Alters von fast 70 Jahren einen Teil der Märsche von Lettow-Vorbeck als Militärarzt mitgemacht hatte, mit gebrochener Gesundheit. Er starb bald darauf in der Heimat. Erst im Jahre 1926 konnte die Berliner Mission mit dem Wiederaufbau des zerstörten Werkes beginnen durch die Aussendung der Krankenschwester Käthe Jauer, der Tochter eines Berliner Missionars, die zu ihren Eltern in ihr Geburtsland an den Ufern des Nyassasees zurückkehrte. Sie trat auf der Station Itete[1]) (Wangemannshöh) in die Arbeit am Missionshospital ein, die in der Zwischenzeit von dem trefflichen schottischen Missionsarzt Dr. Brown in Angriff genommen worden war. Im November 1927 ging Dr. Gründler dorthin, um die Leitung des Hospitals zu übernehmen. Bereits im April 1927 waren die Schwestern Gertrud Döring und Ida Knüppel ausgesandt, die in Ilembula und Mwakaleli poliklinisch tätig sind. Am 6. Oktober 1928 reiste Dr. O. Fischer, bisher Assistent am Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, mit dem als Chirurg ausgebildeten Dr. Eckhardt als seinem Assistenten im Dienst des Berliner Vereins für ärztliche Mission nach Itete. Eine seiner Hauptaufgaben sieht Dr. Fischer in der Erforschung und Bekämpfung der Tropenkrankheiten, besonders der Schlafkrankheit, Malaria und Lepra. Dr. Gründler soll dann eine neue Hospitalstation in Lupembe eröffnen. Dort tritt ihm die in Tübingen gut vorgebildete Krankenschwester Margarete Schuchardt, die im August 1928 ausgesandt wurde, zur Seite.

Es ist ja bekannt, wie in jenen Gebieten während der Abwesenheit der deutschen Kolonialregierung, die gerade durch die zielbewußte Bekämpfung der einheimischen Seuchen das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen hatte, vor allem die Schlafkrankheit in verheerender Weise um sich gegriffen hat. Inzwischen war es der deutschen Wissenschaft beschieden, in dem Germanin ein spezifisches Heilmittel gegen diese Krankheit zu finden. Nun dürfen doch wenigstens wieder einige deutsche Missionsärzte dort mitwirken bei der Bekämpfung dieser Seuche und bei der Linderung all des sonstigen Krankheitselends in unserer ehemaligen Kolonie.

Im Nyassa-Gebiet versorgte die Brüdergemeine bereits vor dem Kriege mehrere Aussätzigendörfer, z. B. Makete bei Rutenganio. Sie wird jetzt diese Arbeit wieder aufnehmen, zunächst durch Gründung einer Schwesternstation in Isoko für die poliklinische Behandlung der Leprakranken.

Die Falaschamission hat nach langjähriger Unterbrechung ihre Arbeit in Abessinien wieder aufgenommen durch die Aussendung der im Samariterkurs des Deutschen Instituts für ärztliche Mission ausgebildeten Missionare Baur und Heintze, die sich 1927 in Djenda bei Gondar niederließen.

[1]) Siehe Tafel 17.

Die Sudan-Pioniermission hat für Dr. Fröhlich, einen Schweizer Arzt, der von 1906—1915 in Assuan stand, im Jahre 1926 in Dr. Kallenbach einen Nachfolger gewonnen.[1]) Noch im gleichen Jahre folgte ihm Fräulein Dr. med. Herzfeld, welche 1927 für die Frauen und Kinder Nubiens eine Poliklinik in Koschtamne eröffnete. In Assuan hatte Schwester Charlotte Wolter (jetzt Frau Rippert), die dort früher bereits im Dienst der Sudan-Pioniermission gewirkt hatte, seit dem Anfang des Jahres 1925 dem Arzte vorgearbeitet. Im Oktober 1927 trat die Krankenschwester Ilse von Dewitz in die Hospitalarbeit ein.

Für das Werk der Kaiserswerther Diakonissen in der Türkei, Syrien und Palästina brachte erst das Ende des Krieges die gewaltsame Unterbrechung. Das im Jahre 1851 in Jerusalem begründete Hospital des Kaiserswerther Diakonissenhauses wurde 1918 von den Engländern beschlagnahmt. Der deutsche Arzt, Dr. Grußendorf,[2]) weilte damals als deutscher Militärarzt in Syrien, die Schwestern kamen in englische Gefangenschaft. Erst am 30. April 1923 wurde das Krankenhaus[3]) an Kaiserswerth zurückgegeben und im März 1924 wieder in Betrieb gesetzt. Ende 1924 standen wieder 10 Schwestern dort im Dienst. Die Kaiserswerther Anstalten in Beirut, das Waisenhaus Zoar, die Schule und das Johanniter-Hospital, die bis zum Kriegsende in reichem Segen gewirkt hatten, sind heute noch in französischen Händen; nur 2 Schulschwestern konnten dort in einer Mietswohnung kürzlich wieder die Arbeit beginnen.

Aus dem von Pastor Fliedner im Jahre 1857 begründeten deutschen Diakonissen-Hospital in Alexandrien wurden im Juli 1915 die Schwestern ausgewiesen, nachdem sie schon vorher englische und französische Verwundete gepflegt hatten. Das Haus ist bis heute in englischen Händen. Aus dem Diakonissen-Hospital „Viktoria" in Cairo mußten die deutschen Diakonissen im Dezember 1915 weichen; der Betrieb wurde durch nichtdeutsche Kaiserswerther Schwestern weitergeführt. Das Hospital war nach dem Kriege für 1 Pfund Sterling an den aus Vertretern der amerikanischen, englischen und schweizerischen Kolonie bestehenden Ortsvorstand verkauft worden, unter Verletzung des Vertrages von 1885, welcher der Diakonissenanstalt in Kaiserswerth den Besitz sicherte, solange ihre Schwestern dort arbeiteten. Im Jahre 1927 wurde zunächst auf 2 Jahre ein Abkommen getroffen, das unter Offenlassung des Besitzrechtes den Kaiserswerther Schwestern die innere Verwaltung des Hauses verbürgt.

Der dem Rheinischen Missionsgebiet in Südwest-Afrika zugedachte Missionsarzt Dr. Scholz hatte sein Leben im Dienst des Vaterlandes im 1. Kriegsjahre verloren, und bis heute ist die Lücke noch nicht ausgefüllt. Die 1926 ausgesandte Missionskrankenschwester Erna Okolowitz leitet jetzt in Rehoboth eine Poliklinik, während Schwester Helene Köhler in Windhuk stationiert ist.

[1]) Siehe Tafel 6.
[2]) Siehe Tafel 5.
[3]) Siehe Tafel 4.

Auf dem Basler Missionsgebiet auf der Goldküste hatte sich in der Leitung der bereits 1885 von Dr. Fisch[1]) begründeten Arbeit in Aburi gerade Ende Juli 1914 ein Wechsel vollzogen. Dr. Th. Müller befand sich auf der Heimreise und wurde auf See vom Kriegsausbruch überrascht. Die Besatzung eines französischen Dampfers nahm ihn gefangen, entließ ihn dann aber nach den Vereinigten Staaten von Nordamerika; dort hat er eine neue Lebensaufgabe gefunden. Sein Nachfolger, Dr. Huppenbauer, konnte bis Dezember 1917 das Werk in Aburi fortführen; dann aber wurde er mit der Schwester Emma Metzger und den deutschen Missionarsfamilien als Kriegsgefangener nach Europa gebracht. Seitdem hat der missionsärztliche Dienst auf der Goldküste geruht. Erst 1928 wurde Dr. Fritz für die Wiederaufnahme der Arbeit durch die Gründung eines neuen Missionshospitals in Agogo bestimmt.

In Kamerun wurde die missionsärztliche Versorgung des Basler Missionsgebietes gleich im ersten Kriegsjahre völlig unterbrochen durch die gewaltsame Entfernung der Missionskrankenschwestern Mina Föll, Christiane Gutekunst und Anna Hetzler. Im Jahre 1926 sandte die Basler Mission den Missionar Wöll nach Kamerun zurück, welcher dort bereits vor dem Kriege seine in einem 10monatigen Samariterkurs in Tübingen erworbenen Kenntnisse mit bestem Erfolg verwendet und in Ermangelung eines Missionsarztes das Hospital in Bonaku geleitet hatte. Ein Jahr später folgten ihm Schwester Else Bleher, die in Bali im Grasland ein Krankenhäuschen[2]) bedient, in dem sie 15 Eingeborene verpflegen kann, und Schwester Elise Schoch, die sich in Buea der Kranken annimmt.

In Britisch-Indien konnte Dr. Stokes, der seit 1895 das Basler Missionshospital in Kalikut leitete, während des Krieges nicht nur das Amt eines Regierungsarztes bekleiden, sondern sich an den Basler Missionshospitälern auch weiterhin als Missionsarzt betätigen. Die Arbeit in dem mit dem Hospital in Kalikut verbundenen Aussätzigenasyl auf dem Chevayurhügel erlitt durch den Krieg keine Unterbrechung; sie stand unter der Leitung eines eingeborenen christlichen Hilfsarztes und wurde durch Gaben der Aussätzigenmission und einen Regierungsbeitrag unterhalten. Dagegen mußten die deutschen Schwestern Rosa Schurr und Mina Bahlinger das Feld räumen. Sie hatten nach dem Tode des Missionsarztes Dr. P. Voland (gestorben 1914, wenige Monate nach seiner Aussendung) den Spitalbetrieb in Bettigeri mit Hilfe eines eingeborenen Assistenzarztes noch ein Jahr lang aufrecht erhalten können. Aber 1916 wurden sie mit anderen kriegsgefangenen Missionsangehörigen auf der „Golkonda" nach Europa gebracht. Zeitweise half der Missionsarzt Dr. de Benoit, ein Schweizer, in Bettigeri und Kalikut aus. Im Jahre 1920 übernahm Dr. Stokes nach einem anderthalbjährigen Europaurlaub die Arbeit an dem großen Hospital in Bettigeri. Als er 1926 nach 31jährigem Dienst für immer in die Heimat zurückkehrte,

[1]) Siehe Tafel 3.
[2]) Siehe Tafel 14.

wurde der von der kanaresischen Mission ausgesandte Dr. Emery sein Nachfolger. Am 1. Juli 1927 konnte jedoch die Basler Mission ihr Missionshospital in Bettigeri mit seinem Leiter Dr. Emery und das in der Zwischenzeit von Fräulein Dr. med. Eva Lombard eröffnete Frauenspital in Udipi (Süd-Kanara) übernehmen. Hier trat Fräulein Dr. med. Elisabeth Petitpierre im Dienst der Basler Mission in die Arbeit ein. Im Jahre 1928 gewann Basel auch wieder für das Frauenspital in Kalikut, der früheren Wirkungsstätte von Dr. Liebendörfer, eine junge Ärztin, Fräulein Dr. med. Dora Mehmke, und noch im gleichen Jahre trat Fräulein Dr. Lombard in den Verband der Basler Mission über. Das Aussätzigenasyl in Chevayur konnte bereits seit Anfang 1925 wieder von Basler Missionaren bedient werden.

Der von der Goßnerschen Mission für ihre Arbeit in Britisch-Indien bestimmte Dr. Zimmermann war infolge von Überanstrengung im Kriege an Herzschlag gestorben. Zwar konnten ihre Missionare, nachdem 1925 die indische Regierung den über das Deutschtum verhängten Bann aufgehoben hatte, nach 10jähriger Abwesenheit nach Chota Nagpur zurückkehren, aber einen Missionsarzt konnte sie noch nicht wieder aussenden. Die Leitung des Aussätzigenasyls in Purulia mit seinen 690 Insassen, dessen Geschichte mit dem Namen des Goßnerschen Missionars Uffmann untrennbar verbunden ist, wurde von der Edinburger Aussätzigenmission, der es freilich formalrechtlich als der Geldgeberin gehört, Missionaren der Church Mission Society übergeben, die es kirchlich restlos umstellten, sodaß an eine Rückgabe nicht zu denken ist. Die Krankenschwester Auguste Fritz wurde 1916 mit anderen deutschen Missionsarbeitern ausgewiesen und ist jetzt Oberschwester am Tropengenesungsheim.

Die Breklumer Mission hatte für ihr Gebiet in Britisch-Indien Dr. Pohl bereitstehen, als der Krieg ausbrach; er starb an der Westfront den Tod fürs Vaterland. Im Jahre 1926 konnte die Missionsdiakonissin Otty Jessen nach Britisch-Indien zurückkehren, um in Kotapad ihre Arbeit wieder aufzunehmen, nachdem sie in Tübingen an einem Tropenkurs teilgenommen hatte.

Auf Neu-Guinea stand Dr. Frobenius[1]) von 1890—1900 im Dienst der Rheinischen Missionsgesellschaft. Seitdem ist dieses Gebiet ohne einen deutschen Missionsarzt geblieben. Doch hat Missionar Stössel im Dienst der Neuendettelsauer Mission seine in einem Tübinger Samariterkurs erworbenen Kenntnisse mit bestem Erfolg angewandt. Durch den Krieg verloren die dort arbeitenden deutschen Missionsgesellschaften die Leitung des Werkes. Lange Jahre verhinderte die australische Regierung die Aussendung deutscher Missionare. Von 1923 an lag die ärztliche Versorgung des deutschen Missionsgebietes von Neuguinea in den Händen von Dr. Estock, der dort 3 Jahre lang im Dienst der Evang.-Lutherischen Synode von Jowa (Nordamerika) stand. Im Jahre 1927 konnte die

[1]) Siehe Tafel 25.

Neuendettelsauer Mission doch wenigstens wieder die erste deutsche Hebammenschwester hinaussenden, Schwester Helene Moll, die an der Tübinger Frauenklinik ausgebildet worden war, und 1928 die Missionare Streicher und Lechner, die an dem 1925—1926 in Tübingen abgehaltenen Samariterkurs teilgenommen hatten. Die in Australien als Krankenpflegerin ausgebildete Schwester Dora Flierl, die Tochter des Seniors der Neuendettelsauer Mission, steht dort bereits seit Ende 1926 in der Arbeit.

Die äußersten Vorposten deutscher ärztlicher Missionsarbeit im fernen Osten halten die Liebenzeller Schwestern besetzt, Schwester Elise Zuber auf den Truk-Inseln (Karolinen, früher deutsch, jetzt japanisch) und die Schwestern Maria Molnar und Tina Goebel auf Manus (Admiralitätsinseln, früher deutsch, jetzt australisch). Alle drei nahmen in Tübingen an einem Tropenkurs teil.

Der Eindruck, den der vorstehende Überblick über die Entwicklung der deutschen ärztlichen Mission hinterläßt, wird ein doppelter sein: es geht wieder aufwärts und vorwärts! aber auch: es fehlt nicht an schmerzlichen Hemmungen! Seit dem Jahre 1885 haben sich, abgesehen von der großen Schar von Krankenschwestern[1]), 93 Ärzte und Ärztinnen[2]) den verschiedenen deutschen Missionsgesellschaften zur Verfügung gestellt; 13 von ihnen sind gestorben, 3 gefallen und 47 ausgeschieden — fast alle wegen geschädigter Gesundheit —; nur 30, also nur ein Drittel steht noch im aktiven Dienst. Von den 39 jungen Kräften, die nach dem Kriege in den Dienst der Mission getreten sind, haben bereits 8 Ärzte und 2 Ärztinnen ihre Laufbahn wieder aufgeben müssen. Die Zahl derer, die an der Front und noch in der Reserve stehen, beträgt jedoch annähernd das Dreifache dieses Verlustes. Die noch so kurze Geschichte unserer deutschen evangelischen ärztlichen Mission zeigt, daß sich immer wieder und immer mehr junge Ärzte und Ärztinnen finden, die freudig bereit sind, ihr Leben im Dienste der aus dem Glauben geborenen Liebe einzusetzen. Die Liebe Gottes, die sich in Christo der Menschheit offenbarte, hat ihnen die Augen für die unendlich schwere Last der leiblichen und seelischen Not der heidnischen und mohammedanischen Völkerwelt geöffnet und gibt ihnen den Glaubensmut, ihre Schultern unter diese Last zu stemmen. Vielleicht, daß dann doch mancher, von dieser Liebe innerlich überwunden, zu Gott kommt und ihm die Ehre gibt!

* * *

In der deutschen Heimat spiegelte sich die Geschichte der deutschen ärztlichen Mission, wie sie sich draußen an der Front in den letzten Jahrzehnten abgespielt hat, getreulich wieder. Diejenigen Missionsvereine, denen die Möglichkeit der Unterstützung der Arbeit auf dem Missionsfelde und damit eine klare Losung blieb, behielten auch daheim ihre werbende Kraft. Sobald sich dann der ärztlichen Mission auf den zeitweise verschlossenen Gebieten die

[1]) Siehe Auskünfte S. 226.
[2]) Siehe Auskünfte S. 229.

Türen wieder öffneten, regte sich auch in den heimatlichen Kreisen neues Leben. Trotz der Erschütterung durch den Weltkrieg, trotz des Verlustes der Kolonien, trotz der schweren wirtschaftlichen Hemmungen der Nachkriegszeit war der missionsärztliche Gedanke in der deutschen Heimat lebendig geblieben, gepflegt und getragen vor allem von den Tübinger Anstalten und einem Teil der andern 13 Vereine für ärztliche Mission.

Das Deutsche Institut für ärztliche Mission (Eingetragener Verein) war beim Ausbruch des Krieges in eine Abteilung des Tübinger Reservelazaretts umgewandelt worden; alle Studenten und Missionare hatten das Haus verlassen, um mit der Waffe oder als Sanitäter dem Vaterland zu dienen. Von den Missionsmedizinern, die bei Ausbruch des Krieges im Deutschen Institut für ärztliche Mission wohnten, wurden 11 ein Opfer des Krieges.[1]) Da die Missionsgesellschaften nach dem Kriege zunächst nur einzelne Ärzte aussenden konnten, sahen viele angehende Missionsärzte sich genötigt, in der Heimat eine eigene Praxis zu beginnen. Unter diesen Umständen ist es eine hocherfreuliche Tatsache, daß von den aus der Vorkriegszeit stammenden Missionsmedizinern des Instituts doch noch 7 nach Beendigung des Krieges ihr Lebensziel erreichten; Dr Wagner, Neuffer, Sikemeier, Glökler, Müßig, Sickinger, Gründler. Von der jüngeren Generation konnte bereits eine ganze Schar ihnen folgen: Dr Traut, Lutz, Herr, Sigel, Ellermeier, Puff, Johannsen, Fast, Dannert und Fräulein Dr Kehrer. Fräulein Dr Mehmke und Dr Fritz gedenken noch in diesem Jahre hinauszugehen. Sechs anderen Missionsärzten gewährten unsere Institute spezielle Ausbildung für die Tropenpraxis und Gelegenheit zur Vervollständigung ihrer allgemein-ärztlichen Kenntnisse: Dr Boedh, Goldstein, Hueck, Inhelder, Schwend, Fräulein Dr Soenderop.

Eine ganz einzigartige Aufgabe aber war in der zweiten Hälfte des Krieges und in den Nachkriegsjahren dem Tropengenesungsheim erwachsen, das in den Jahren 1914—1916 in Tübingen erstand und gerade rechtzeitig vollendet wurde, um die aus aller Welt in die Heimat zurückkehrenden Missionare aufnehmen zu können.

Voll Glaubenszuversicht ging bereits 1919 Dr Feldmann daran, die im Jahre 1906 von ihm begründete Zeitschrift „Die ärztliche Mission", die 1914 ihr Erscheinen einstellen mußte, wieder ins Leben zu rufen. „Wir wurden in die Enge und Stille geführt, wir beugen uns unter das Gericht und wollen lernen, reiner und treuer, ausschließlicher zu Gottes Ehre unsere Arbeit zu tun", so heißt es in der Eingangsbetrachtung des 10. Jahrganges. Im Oktober 1920 übernahm Prof. Olpp die Schriftleitung. Dabei blieb der Geist der Zeitschrift auf der „unverrückbaren Grundlage der Lebenskräfte des Evangeliums, auf der sich das Reich Gottes auf Erden und auch die ärztliche Mission aufbaut, wie mannigfach auch ihre äußeren Erscheinungsformen sein mögen". Seit dem 1. Januar 1926 erscheint das Blatt beim Evangelischen Missionsverlag in Stuttgart.

[1]) Siehe Auskünfte S. 208.

Von seiner Gründung im Jahre 1911 an hatte der Verband der deutschen Vereine für ärztliche Mission[1]) mit dem missionsärztlichen Institut zur Förderung der gemeinsamen Anliegen Hand in Hand gearbeitet. Die Vereinigung der Jahrestagung des Verbandes dieser 14 Vereine mit der Tagung des Tübinger Verwaltungsrates, wie sie vor dem Kriege in Frankfurt a. M. zur schönen Gewohnheit geworden war, hatte sich so bewährt, daß man auch weiterhin daran festhielt. So tagte der Verband im Anschluß an die beiden Jahresversammlungen des Institutes, die nach dem Kriege erstmalig im Jahre 1922 und dann wieder 1925 einberufen wurden. Bereits auf der 7. Tagung der Herrnhuter Missionswoche im Oktober 1921 hatte unter Vorsitz von Geheimrat Prof. D. Haußleiter eine Ausschußsitzung des Verbandes stattgefunden, auf der über die weitere Verbreitung der Zeitschrift „Die ärztliche Mission", die schon seit 1907 als Organ der Vereine anerkannt war, beraten wurde. Das im Jahre 1914 von dem Verband herausgegebene „Jahrbuch für ärztliche Mission" hatte wohl allgemeinen Beifall, aber wegen des Krieges nur beschränkte Verbreitung gefunden. Der Verband ist der Vereinigung „Deutsch-Evangelisch im Ausland", jetzt „Reichsverband evangelisch kirchlicher Auslandsarbeit", angeschlossen.

Was die einzelnen Vereine für ärztliche Mission betrifft, so konnten der Stuttgarter, der Rheinische, der Berliner, der Bayerische und der Leipziger Verein auch während des Krieges ihre Sammeltätigkeit fortsetzen und die Liebe zur ärztlichen Mission wachhalten.

Der Stuttgarter Verein (gegründet 1898) nahm seine Arbeit schon mit dem Anfang des Jahres 1915 wieder auf und führte sie seitdem trotz der Not der Zeit ununterbrochen weiter. Als Sammelverein für die Basler Mission hatte er ja noch die Aufgabe der Fürsorge für das Missionshospital in Kayin in China behalten. Auch die Station Honyen konnte 1922 wieder besetzt werden. Neue Ziele bot die Aussendung der Schwester und des Arztes nach Borneo, die Ausrüstung von 2 Schwestern für Kamerun, die Stationierung eines Missionsarztes auf der Goldküste, die Übernahme der Hospitäler in Britisch-Indien. Auf der Jahresversammlung 1921 wurde beschlossen, dem Tropengenesungsheim für die dort verpflegten Basler Missionsangehörigen einen namhaften Betrag zu bewilligen und damit zur Deckung des Betriebs-Defizits beizutragen. Am 26. September 1923 feierte dieser älteste missionsärztliche Verein sein 25jähriges Jubiläum. In all den Jahren hatte vor allem der Geschäftsführer des Vereins, Oberreallehrer Kammerer, durch Vorträge in Stadt und Land, in Kirchen und Vereinshäusern, bei Gemeindeabenden und auf Bezirksmissionsfesten Freunde für diesen Zweig der Basler Mission und für die Tübinger Anstalten geworben. Auch in der Herausgabe von Flugblättern, Jahresberichten und Traktaten war der Verein sehr rührig. Der als Werberuf versandte Sonderabdruck eines in der Oktobernummer des Jahrgangs 1924 der „Ärztlichen Mission"

[1]) Siehe Auskünfte S. 202.

erschienenen Aufsatzes des Vereinsvorsitzenden Dr. Paul Lechler diente dem gleichen Zwecke. Der Stuttgarter Verein war der erste, der durch seine Ärzte in Niederländisch-Indien und China Filmaufnahmen für kinematographische Vorführungen herstellen ließ. Frau Dr. Liebendörfer pflegte in Frauen- und Jungfrauenmissionsvereinen die Liebe zur ärztlichen Mission. Im Mai 1927 sah Oberreallehrer Kammerer, nach 25jähriger ununterbrochener Tätigkeit, sich durch schwere Erkrankung genötigt, sein Amt als Geschäftsführer niederzulegen. Sein Nachfolger wurde Missionsprediger Spaich, der nach Kammerers Heimgang auch zum Schriftführer der Tübinger Institute und des Verbandes der deutschen Vereine für ärztliche Mission berufen wurde. Zu dem Stuttgarter Verein gehören 16 Zweigvereine in Deutschland und der Schweiz. Die ihm angegliederten Vereine in Basel, Schaffhausen, St. Gallen und Zürich boten in schwerer Zeit der Basler ärztlichen Mission und dem Tropengenesungsheim treue Hilfe. Besonders dankenswert war es, daß der Berner und der Züricher Verein dem Tropengenesungsheim die Anschaffung einer Röntgenanlage ermöglichten.

Der Rheinische Verein (gegründet 1900) ließ in zwangloser Folge seit 1921 wieder seine „Mitteilungen" erscheinen. Da ihm die Fürsorge für die Missionshospitäler in Tungkun und Pearadja geblieben war, so sah er seine Aufgabe zunächst in der Sammlung von Gaben für die Ausrüstung von Dr. Schwend und Apotheker Sauer, die 1923 nach China abreisten. In einem Rundschreiben konnte der Verein im Jahre 1924 seinen Freunden weitere positive Ziele zeigen in der Sicherstellung der Gehälter für Ärzte, Diakonen und Krankenschwestern der Rheinischen Mission. Die Aussendung des Fräulein Dr. Kehrer und der Krankenschwester Adele Ranke stellte neue Aufgaben, und so wieder die Rückkehr des Dr. Hueck nach China, die Aussendung von Dr. Johannsen und Dr. Dannert nach Sumatra, sowie die des Diakon Präckel nach Tungkun. Der Verein hat jetzt seine alten Freunde wieder gesammelt und neue hinzugewonnen durch missionsärztliche Vorträge und Anknüpfung persönlicher Beziehungen. Die neu angelegte Kartothek umfaßt etwa 1500 Mitglieder.

Der Berliner Verein (gegründet 1908) fand, bis er die Fürsorge für seine in Ostafrika durch die Kriegsfolgen verlorenen Stationen wieder aufnehmen konnte, zunächst ein neues Feld seiner Tätigkeit in China. Am 29. April 1924 tagte in Berlin eine Versammlung, in der man den Wiederaufbau der mit dem Ausscheiden von Dr. Rummel ins Stocken geratenen Arbeit in China durch die Aussendung von Dr. Glökler und die Schaffung neuer Grundlagen in der Heimat beschloß. Es wurde eine Organisation ins Leben gerufen, durch die den Provinzialvorständen in den 6 östlichen Provinzen Preußens, in Danzig und Anhalt die Schaffung von Bezirksvereinen und Ortsgruppen übertragen wurde, die ihrerseits in großer Selbständigkeit die Verbindung mit ihren einzelnen Mitgliedern zu pflegen haben. Die vom Schriftführer Inspektor Weichert neu herausgegebenen „Mitteilungen des Berliner Vereins für ärztliche Mission" dienen der Aufgabe der Weckung

4 2 1 3

Heilperſonal am Spital in Kayin, Prov. Kanton, China
1. Dr. Sikemeier, 2. Frau Dr. Sikemeier, 3. Dr. Müßig, 4. Frau Dr. Müßig

Deutſches Hoſpital Santa Catharina in Blumenau, Braſilien, bedient von Wittenberger Schweſtern

Garten des Aussätzigenasyls Bethesda der Brüdergemeine, Paramaribo (Surinam)

Leprasyl in Purulia (Indien), Heim für gesunde Töchter von Aussätzigen

und Vertiefung des Verständnisses für seine Aufgaben und Ziele. Im Januar 1925 und im April 1928 veranstaltete der Verein im Missionshause einen Instruktionskursus für ärztliche Mission, in welchem die Teilnehmer durch eine Reihe sachkundiger Vorträge für Hilfsdienste in der heimatlichen Werbearbeit ausgerüstet wurden. An die breite Öffentlichkeit wandte er sich erstmalig 1927 durch einen Rundfunkvortrag seines stellvertretenden Vorsitzenden, Generalarzt a. D. Dr. König. Für den Ausbau der Schwesternarbeit der Berliner Mission bedeutet es einen großen Gewinn, daß der Berliner Frauenmissionsverein für China, bekannt durch sein früheres Findelhaus auf Hongkong, sich mit dem früheren Nyassabund zu dem Berliner Frauenmissionsbund vereinigte, um Krankenschwestern, Lehrerinnen und Erzieherinnen in Verbindung mit der Berliner Mission auszusenden. Über seine Arbeit in China und Afrika berichtet die Vierteljahrsschrift „Aus zwei Welten".

Der Bayerische Verein (gegründet 1908), der seit je in besonders enger Fühlung mit den Tübinger Anstalten stand, wandte diesen auch fernerhin seine geldlichen Unterstützungen zu, doch zugleich auch der Leipziger und der Neuendettelsauer Mission. Er entwickelte in den letzten Jahren eine rührige Werbetätigkeit in den alten und den neu gegründeten Zweigvereinen, deren Zahl nach dem Kriege von 6 auf 73 stieg, durch Vorträge, durch ein an die Missionsobmänner der einzelnen Dekanate Bayerns gerichtetes Rundschreiben, durch Aufsätze im Bayerischen Sonntagsblatt, seit 1925 auch durch die Ausgestaltung der Oktober-Nummer des Nürnberger Missionsblattes zu einem Werbeblatt für die ärztliche Mission. Daneben geben die von dem Vorstand des Vereins, Pfarrer Dr. Schulze, eingerichteten Sammelbüchlein vermehrte Anregung zur regelmäßigen Betätigung der Missionsliebe. Ein neues Ziel hat sich der Verein gestellt in der Sammlung von Mitteln für die Ausrüstung eines Missionsarztes und die Errichtung eines Spitals in Neu-Guinea. Pfarrer Schulze kehrt übrigens demnächst im Dienst der Bremer Mission auf sein indisches Arbeitsfeld zurück.

Der Leipziger Verein (gegründet 1908) hatte mit einer kleinen Schar treuer Mitglieder in den Kriegs- und Nachkriegsjahren wacker durchgehalten. Sobald sich die Möglichkeit bot, übernahm er die Aufgabe, die beiden auf dem Missionsfelde belassenen estnischen Missionare Blumer und Eisenschmidt und weiterhin den 1923 abgeordneten, aus den deutschen Kaukasuskolonien stammenden Magister Reusch und die im gleichen Jahre von der Augustana-Synode stationierte Schwester durch Sendung von Arzneimitteln und Verbandstoffen zu unterstützen. Seit Januar 1925 konnte diese Hilfe wieder der Arbeit reichsdeutscher Missionare zugute kommen. Neue Ziele fand der Verein in der Beschaffung der Ausrüstung des Missionsarztes Dr. Puff, der Missionsschwestern und Missionare, und neue Hilfe bei den Zweigvereinen in Braunschweig und Mecklenburg, sowie mehreren Ortsgruppen in Sachsen und Thüringen.

Der Hallesche Verein (gegründet 1908) hat alsbald nach dem Kriege seine Aufgaben in Angriff genommen, den deutschen evang. Missions-

gesellschaften die Gewinnung und Anstellung von Missionsärzten und -ärztinnen, Diakonen, Krankenschwestern und Hebammen zu ermöglichen oder wenigstens zu erleichtern, das Tübinger Institut zu unterstützen und vor allem das Interesse für missionsärztliche Tätigkeit in weitere Kreise zu tragen. Durch die Jahresversammlungen, die der Verein in Verbindung mit den Halleschen Missionskonferenzen abhält, und durch andere Veranstaltungen übt er eine eifrige Werbetätigkeit aus, namentlich auch unter der Ärzteschaft der Universitätsstadt Halle. Er unterstützt auch einen Missionsmediziner in Tübingen durch ein Stipendium.

Der Bremer Verein (gegründet 1909) verwandte nach dem Krieg seine Einnahmen zum Teil für die Unterstützung der Tübinger Anstalten, zum Teil für die Anschaffung von Medizinen und Instrumenten für die 1923 nach Togo hinausgesandten Missionare der Norddeutschen Missionsgesellschaft. Eine weitere Summe wurde zurückgelegt, um, sobald es die englische oder französische Mandatsbehörde gestattet, einen deutschen Missionsarzt in das Gebiet der Norddeutschen Missionsgesellschaft in Togo entsenden zu können.

Der Hannoversche Verein (gegründet 1909) hat sich im Oktober 1927 neu gebildet. Er verfolgt den Zweck, für die evangelischen Missionen, insbesondere für die Hermannsburger, die Anstellung von Missionsärzten und -ärztinnen, Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen in deren Missionsgebieten zu ermöglichen, das Verständnis und die Teilnahme an der missionsärztlichen Tätigkeit in der Heimat zu wecken und zu pflegen und das Deutsche Institut für ärztliche Mission in Tübingen zu fördern.

Der Ostfriesische Verein (gegründet 1910) unterstützt satzungsgemäß neben dem Tübinger Institut 5 Gesellschaften, die Goßnersche, die Norddeutsche, die Hermannsburger, die Rheinische und die Leipziger Mission. In den letzten Jahren konnten aus den Gaben der Mitglieder, die sich besonders in Leer und Aurich finden, nur das Institut in Tübingen und die Rheinische Mission bedacht werden.

Der Kasseler Verein (gegründet 1911) hat nach der Unterbrechung durch den Krieg erst kürzlich seine Tätigkeit wieder aufgenommen. Im Anschluß an einen am 11. Juni 1928 in Kassel veranstalteten Werbeabend begründete sich der Verein aufs neue durch den Zusammenschluß von 48 Mitgliedern.

Der Herrnhuter Verein (gegründet 1912) unterstützt die ärztliche Tätigkeit der Brüdergemeine auf ihren verschiedenen Stationen (Jerusalem, Surinam, Ostafrika).

Der Verein für ärztliche Mission in China wurde im Jahr 1926 von der Ostasien-Mission gegründet zur Förderung der Arbeit ihres in Tsining stationierten Missionsarztes.

Der Goßnersche Hilfsverein (gegründet 1906) hat nach dem Kriege seine Tätigkeit noch nicht wieder aufnehmen können.

Der 1911 gegründete Marburger Verein für ärztliche Mission in den deutschen Kolonien hat durch den Verlust unserer Schutzgebiete seine Aufgabe eingebüßt.

* * *

Dreifach ist das Zeugnis, durch das die Mission den Völkern das Reich Gottes bringt, das Zeugnis des Wortes, das Zeugnis der Tat der Liebe, das Zeugnis des Leidens. Das Zeugnis durch das Wort überläßt die ärztliche Mission im wesentlichen den dazu verordneten Missionaren; von dem Zeugnis der Liebestat baut sie das Amt der Fürsorge für die Kranken aus, ohne darüber zu vergessen, daß auch dieser Dienst stets Zeugnis bleiben muß. An dem Zeugnis des Leidens hat sie ihren vollen Anteil.

Die ärztliche Mission kommt leicht in die Gefahr, in das Fahrwasser einer Kulturmission hineinzugeraten. „Um so notwendiger ist es", — um mit den Worten von Missionsinspektor D. Würz in seinem Bericht über das 25jährige Jubiläum des Stuttgarter Vereins für ärztliche Mission zu schließen, — „daß die ärztliche Mission nach ihrer inneren Stellung bewußt auf dem Boden des Glaubens an Jesus Christus, den Heiland der Welt, verharrt, damit auch durch den Missionsarzt wirkliche Reichgottesarbeit geschehe".

Das Tübinger Missionsärztliche Institut seit 1914

Von Prof. Dr. med. Olpp

Tiefer Friede lag über Deutschlands Fluren, als das erste Deutsche Jahrbuch der ärztlichen Mission 1914 von Tübingen aus in die Welt hinaus ging. Der Weltkrieg verhinderte jedoch seine Verbreitung in weiteren Kreisen. Habent sua fata libelli.

In dem Jahrbuch wurde auch über die Ausbildungsstätten des missionsärztlichen Personals in der europäischen Heimat berichtet und die hoffnungsvolle Gründung und Aufwärtsentwicklung des Deutschen Institutes für ärztliche Mission beschrieben. Der Weltkrieg riß die noch zarten Fäden ab und hätte fast das ganze Gewebe zerstört.

Noch höre ich den gedämpften Trommelklang vor dem Institutsgebäude mit dem kurzen inhaltsreichen Ruf: Deutschland steht im Zustand dringender Kriegsgefahr. Unsere sämtlichen anwesenden und früheren Studenten, 55 an der Zahl, zogen begeistert hinaus zum Kampf für die bedrohte Heimat; 19 von ihnen (11 Missionsmediziner) und unser Hausdiener sind nicht wieder zurückgekehrt. Sie starben den Heldentod fürs Vaterland. Ihre Namen sind verzeichnet auf der Ehrentafel[1]) in der Halle unseres Hauses: Piam in memoriam!

Das Institutsgebäude[2]) wurde sofort der Sanitätsbehörde als Reserve-Lazarett angeboten und an Stelle des projektierten, aber für Verwundete ungeeigneten Universitäts-Reitstalles dankbar angenommen. In drei Wochen war der ganze Betrieb unter Leitung unseres Missionsdiakons Baumann und seiner Frau umgestellt, 25 neue Betten von der Heeresverwaltung zu den vorhandenen 35 auf Hörsäle, Musikzimmer und sonstige Räume verteilt, Verbandzimmer eingerichtet und drei aus den Tropen zurückgekehrte, erprobte Missionskrankenschwestern[3]) zum Lazarettdienst unter der vorzüglichen Verwaltung unserer Hausmutter, Frl. Hecker, eingestellt. Am 22. August wurden die ersten 70 Verwundeten in den 60 Betten und improvisierten Lagerstätten untergebracht. Im Lauf der folgenden 4 ½ Jahre sind 1202 verwundete und kranke Soldaten, darunter 319 Offiziere, in unserem Reservelazarett mit 82 978 Verpflegungstagen behandelt worden. Sie fügten sich willig dem Geiste des Hauses und nahmen meist dankbar an den Andachten teil, die ihnen von den Schwestern gehalten wurden. Mancher von ihnen ist unter den treuen Händen unserer

[1]) Siehe Auskünfte S 208.
[2]) Siehe Tafel 22.
[3]) Siehe Tafel 16.

Schwestern in die ewige Heimat abgerufen worden; die meisten sind aber wieder ins Feld gezogen.

Eine gnädige Bewahrung erlebten wir am 2. Oktober im Kriegsjahr 1917 abends ½11 Uhr bei dem unmotivierten Fliegerangriff der Franzosen auf die offene Universitätsstadt Tübingen. Sie warfen einige Bomben ab, durch die mehrere Verwundete in dem gleichfalls als Reservelazarett eingerichteten Konvikt getötet wurden. Eine Bombe ging am Gehsteig unseres Hauses nieder, ohne zu explodieren. Vielleicht stände unser Institut nicht mehr, wenn sie krepiert wäre.

Nach Beendigung des Krieges bedurfte unser Haus einer gründlichen Erneuerung, um die zurückkehrenden Studenten baldmöglichst wieder aufzunehmen. Wir lernten sie als sturmerprobte Männer kennen. Zwölf von ihnen fanden nach Abschluß ihrer Studien und langem Warten endlich doch noch den Weg in die äußere Mission und füllten die entstandenen Lücken aus. Denn die Zahl unserer aktiven Missionsärzte war durch den Krieg von 22 auf 4 zurückgegangen. Unsere Missionsgesellschaften waren verarmt. Die Not der Zeit warf viele Missionsmediziner aus ihrer Laufbahn und ließ sie, da die Missionsgesellschaften sie nicht aussenden konnten, in einen heimatlichen Wirkungskreis übertreten. Unter diesen Verhältnissen brachte die junge Studentengeneration nicht mehr den Mut auf, sich auf die Missionslaufbahn einzustellen, sodaß wir schließlich nur noch 4 Missionsmediziner im Hause hatten. Schon rieten uns Berliner Kreise, die uns nahe standen, das missionsärztliche Institut in ein Studentenheim für Chinesen und andere Ausländer umzuwandeln, die in der Inflationszeit Deutschland zahlreich besuchten. Aber hiergegen sträubte sich nicht nur unsere Satzung, sondern auch unser Gewissen. Vor dem in jener Zeit drohenden finanziellen Zusammenbruch des Institutsbetriebes wurden wir durch die Vermittelung von Dr. J. Winkler bewahrt, der nach 20jährigem Dienst als rheinischer Missionsarzt auf Sumatra in die Heimat zurückgekehrt, 1923 zum Hausvater unseres Studenten- und Schwesternheims berufen wurde. Seinem Freunde Prof. L. van Vuuren und anderen holländischen Herren war es eine Freude, unserm Haus durch vollwertige Devisen über den toten Punkt hinwegzuhelfen. Bald änderte sich das Bild wieder völlig, und die Missionsgesellschaften verlangten wieder dringend nach Missionsärzten, weil der Weg in die bisher verschlossenen Gebiete frei wurde. Jetzt haben wir 17 Missionsmediziner[1]) im Haus und 30 Missionsärzte an der Front, also fast ein Drittel mehr, als vor dem Kriege, während die Zahl unserer deutschen Missionare bei weitem noch nicht die Vorkriegsziffer erreicht hat. Unter den Kriegsteilnehmern befand sich ein Student, der als 10jähriger Bub zum erstenmal einen Vortrag über ärztliche Mission gehört hatte. Er ging heim und sagte seiner Mutter: „Jetzt weiß ich, was ich werden will, ich werde Missionsarzt!" Durch Krieg und Gefangenschaft ist er diesem Gedanken

[1]) Siehe Tafel 22.

treu geblieben und hat dann in unserem Institut durch zähen Fleiß und Ausdauer das eingeholt, was ihm an Zeit verloren gegangen war. Nun steht er schon zwei Jahre als Missionsarzt wacker auf seinem Posten und schreibt voller Befriedigung über die große Arbeit, die er draußen gefunden hat.

Die Jahresversammlung 1922 beschloß, einen engeren Zusammenschluß aller evangelischen Missionsärzte des deutschen Sprachgebietes herbeizuführen zum Zwecke gegenseitigen Austausches ihrer Erfahrungen und Bedürfnisse, zur Schaffung einer Zentralstelle für Auskünfte und Vermittlungen und für eine heimatliche Vertretung in Standesangelegenheiten und der Öffentlichkeit gegenüber. Dieser Beschluß fand seinen Ausdruck in der sofortigen Gründung des Tübinger Missionsärzte-Vereins (TMV).[1]) Er zählt 52 ordentliche und 6 außerordentliche Mitglieder.

Dem zweiten Teile unseres Arbeitsprogramms, nämlich der medizinischen Ausbildung von Missionaren, ist es nicht so gut ergangen. Vor dem Kriege hatten 23 Missionare einen 10½monatigen Kurs an den Tübinger Kliniken durchgemacht, der sie befähigte, in primitiven Verhältnissen, wo kein Arzt zu erreichen war, Außerordentliches zu leisten. Wiederholt haben wir die günstigsten Urteile aus maßgebendem Munde über diesen Samariterdienst vernommen. So schrieb Reg.-Medizinalrat Prof. Dr Külz aus Neu-Guinea, „daß die Zweckmäßigkeit der Krankenbarackenanlage des Missionar Stössel, die Frequenz des Besuches der Patienten und vor allem die Sorgfältigkeit und Zweckmäßigkeit bei der Behandlung die sämtlicher Heilgehilfenposten der Regierung bei weitem überträfe".

Zwei unserer vor dem Kriege ausgebildeten Missionare sind gestorben und manche aus ihrer Missionsarbeit durch den Krieg nach Brasilien, Argentinien oder anderswohin verschlagen worden oder dauernd in die Heimat zurückgekehrt.[2]) Nach dem Krieg ist nur einmal wieder ein sechsmonatiger Samariterkurs für Missionare mit 10 Teilnehmern zustande gekommen, die jetzt alle im Ausland: Abessinien, Ostafrika, Natal, Neu-Guinea oder China tätig sind. Sieben andere Missionare sind in dreimonatigen Kursen in Tübingen ausgebildet worden und stehen jetzt in Kamerun, Transvaal, Borneo, China und auf den Südseeinseln im Missionsdienst. Es hat den Anschein, als ob die Missionsgesellschaften jetzt mehr nach gründlich ausgebildeten Missionsärzten streben, dagegen nach medizinisch ausgebildeten Missionaren weniger Bedürfnis haben.

Der einzige Zweig unseres Instituts, der auch durch den Krieg nie unterbrochen wurde, ist die Ausbildung unserer Krankenschwestern an der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen. Fünfzehn unserer fertigen Schwestern sind bei Kriegsausbruch sofort in die Lazarette an der Front oder in der Etappe gegangen und haben dort treu ihren Dienst fürs Vaterland verrichtet. Sobald die Türen ins Ausland wieder offen standen, sind sie, noch vor den Missionsärzten, hinausgezogen und haben die

[1]) Siehe Auskünfte S. 204.
[2]) Siehe Auskünfte S. 224.

ersten Pionierdienste getan. Vor dem Kriege standen nur 36 der bei uns ausgebildeten Kranken- und Hebammenschwestern draußen im Dienste der Mission. Nach dem Kriege sind ihnen 133 weitere gefolgt[1]) und über 100 in Stellen der inneren Mission (Diakonissenhäuser, Flüchtlingsarbeit an Armeniern, Gemeindedienst usw.) eingetreten. Den gemeinsamen Bemühungen des Leiters der hiesigen Universitäts-Frauenklinik und unserer Eingaben an die Landes- und Reichsbehörden ist es gelungen, wenn auch nicht das gewünschte Reichshebammenexamen für unsere aus allen Teilen des Vaterlandes kommenden Schwestern in Tübingen verwilligt zu erhalten, so doch mit Hilfe der Medizinalbeamten der nahegelegenen preußischen Enklave Hohenzollern zweimal im Jahr ein für das größte Land Deutschlands, Preußen, gültiges staatliches Hebammenexamen in Tübingen zu ermöglichen. Wenn die Schwestern einmal tropenkrank in die Heimat zurückkehren, so sind sie auf Grund dieses Examens berechtigt, in dem größten Bundesstaate ihr Brot in einem angemessenen Berufe zu verdienen. Vielleicht kommen wir noch einmal so weit, daß auch für die Hebammenschwestern Freizügigkeit für ganz Deutschland erreicht wird, wie dies für Ärzte seit Jahrzehnten schon der Fall ist.

Da wir als wissenschaftliche Lehranstalt für alle drei Gruppen, Mediziner, Missionare und Schwestern das Fach der Tropenheilkunde in besonderer Weise pflegen und an der Universität zu vertreten haben, so war es unser Bestreben, unsere Bücherei mit ihren tropenmedizinischen, missionsärztlichen und missionarischen Werken und Zeitschriften[2]) weiter auszugestalten und die Sammlungen unseres tropenärztlichen Lehrmittelzimmers zu vervollkommnen. Es ist ein wertvolles Schmuckkästlein unseres Institutes geworden, das nicht nur immer wieder die staunende Freude der Besucher unseres Hauses erregt, sondern auch das Interesse der Fachkollegen in hohem Maße beansprucht (Fülleborn, Fischer, Mühlens, Scheube, Sticker usw.). Der alte Tropenforscher, Dr. Scheube, Verfasser des 1072 Seiten starken Bandes: „Die Krankheiten in warmen Ländern", äußerte bei der Besichtigung der Lehrmittel: „Ach, wenn ich doch noch jung wäre, um das alles studieren zu können!" Wir unterscheiden 16 Gruppen von tropenmedizinischen Lehrmitteln.[3]) Praktische Uebungen im Laboratorium des Tropengenesungsheims

[1]) Siehe Auskünfte S. 226.

[2]) 18 tropenmedizinische Zeitschriften, 12 allgemeine medizinische Zeitschriften, 14 missionsärztliche Zeitschriften, 53 Missionszeitschriften, 9 Frauenmissionsblätter und 8 studentische Blätter.

[3]) 1. Einfarbige und illustrierte Buchbilder und ganze Atlanten, z. B. Atlas tropischer Darmkrankheiten, Atlas tierischer Parasiten und ihrer Überträger, illustrierte Werke über Stechmücken, Schlangen, Zecken, Handbücher über Tse-Tse-Fliegen und vieles andere. Als Kuriosum sei das Bild vom Gilatier Heloderma horridum erwähnt, da es nach dem begleitenden Text von einem Autor für „schlimmer als ein ganzer Apothekerladen" bezeichnet wird, während ein anderer es „für friedlicher und harmloser als einen jungen Missionar" erklärt.

über Blutentnahme, Ausstrich und Dicktropfen, Färbung der so gewonnenen Blutpräparate, Differenzierung des Blutbildes und Erlernung der Methoden der Stuhluntersuchung, sowie gelegentliche Krankenvorstellungen (Filarien, Lepra, Malaria, Schlafkrankheit, Sprue, tropischer Ringwurm und die Demonstration der Se- und Exkrete bei Bilharziosis, Amöbendysenterie u. a.) ergänzen den theoretischen Unterricht, der den Kandidaten der Medizin in Vorlesungen, den Missionaren in Samariterkursen, den Krankenschwestern, Bräuten, Diakonen, Missionskandidaten und auch Ärzten in einem dreiwöchigen Tropenkurs (siehe Tafel 31 und Seite 214) dargeboten wird.

2. Eine Galerie führender Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Tropenmedizin mit 120 Bildern von Forschern, darunter 16 aus der Geschichte der Malaria, die an der Hand dieser Bilder interessant entwickelt werden kann.

3. Ein reichhaltiges Kartenmaterial über die geographischen Verbreitungsgebiete tropischer Krankheiten, ihrer Erreger und Überträger, die durchaus nicht identisch zu sein brauchen, wie z. B. beim Gelbfieber.

4. Große gemalte einfarbige und bunte Wandtafeln über Krankheitserreger, Zwischenwirte, tropenmedizinische Arzneipflanzen und Nährpflanzen.

5. Originalphotographien von eigenartigen Krankheitsbildern z. B. der Elephantiasis in ihren verschiedenen Formen und bei den verschiedenen Rassen, sowie Mikrophotogramme von Protozoen und Bakterien.

6. Vorzügliche nach dem Leben hergestellte Nachbildungen aus Wachs, Papiermaché, Holz oder Ton von Krankheiten, die in Europa selten oder nie zu sehen sind, z. B. 60 Moulagen von Framboesie, Lepra, Schlafkrankheit, Gundu, Pest, Elephantiasis, Gelbfieber, Sprue, Tinea imbricata, Verruga peruviana, Schistosomen, Amöbenruhrdarm usw., sowie starke Vergrößerungen von Moskiten und ihren Köpfen, zerlegbares Schlangenkopfmodell, elektrisch bewegbare Klapperschlange usw.

7. Ein Schrank mit mikroskopischen Demonstrationspräparaten, systematisch geordnet, ein unbezahlbarer Besitz.

8. Makroskopische Präparate. Ganze Sammlungen von Moskiten, Zecken, Stechfliegen, Eingeweidewürmern, Nagetieren (Pestüberträger); auch Unika, z. B. ein Skorpion mit 36 Jungen, der Köcher eines Buschmanns und Zauberdoktors mit vergifteten Pfeilen usw.

9. Pathologisch-anatomische Feucht- und Trockenpräparate, z. B. Malaria-Milzen, eine Sammlung von 81 Blasensteinen eines Missionshospitals, exstirpierte Pestbeulen, Schwarzwasserfieberurin, Vomito negro usw.

10. Eine Sammlung tropenmedizinischer Heilmittel und zusammengestellte Tropenapotheken, nebst einer Sammlung von Eingeborenenmedizinen und ihren Mitteln zur Verhütung oder Heilung von Krankheiten, z. B. der Massierstein der Sumu-Indianer, die Holzbrille der Eskimo zum Schutz gegen Schneeblendung, die Flohfalle der Chinesen, das Brillenschlangen-Modell der Indier zur Vertreibung der Cholera.

11. Tropenhygienische Anschauungsmittel wie Wasser-, Kühl-, und Filtrierapparate, Moskitobettmodelle, Moskitolampen, Messingdrahtgaze, Insektenfänger, Tropenbrillen u. dergl.

12. Persönliche Ausrüstungsgegenstände wie Tropenkleidung, Tropenhüte, Tropenkoffer, Tropenzelt, Duschen, Kochbücher für die Tropen usw.

Aber nicht nur zum Lehren, sondern auch zum Forschen auf dem weiten Gebiet der Tropenmedizin ist unser Institut berufen, wozu es durch einen von der Medizinischen Fakultät und den Senat der Universität befürworteten jährlichen Staatsbeitrag des Kultusministeriums verpflichtet und womit es zu einem halboffiziellen Institut der Württ. Landesuniversität gestempelt ist. Unsere wissenschaftlichen Forschungsbestrebungen kommen unter anderem zum Ausdruck durch 20 Doktorarbeiten, die aus unserem Institut hervorgegangen sind[1]) und durch 80 Veröffentlichungen[2]) unseres Ärztestabes in wissenschaftlichen Zeitschriften. Das Ergebnis mancher Forschungen wurde bei 11 Sitzungen des Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Vereins und 1 Sitzung der Pharmazeutischen Gesellschaft im Hörsaal des missionsärztlichen Instituts oder im Hohen-Tübinger-Saal des Tropengenesungsheims durch Vorträge bekannt gegeben. Die Methode der Enterocleanerspülung haben wir 1922 aus ihrer Heimat Wien durch Güte des Erfinders, Priv.-Dozent Dr Brosch, nach Tübingen verpflanzen können und wesentlich verbessert unter dem Namen: Subaquales Darmbad (Sudabad) mit wachsendem Erfolg in die Tübinger Kliniken und zahlreiche andere klinische Anstalten und Krankenhäuser Deutschlands eingeführt.

Der allgemeinen tropenmedizinischen Forschung, deren deutsche Führung in den bewährten Händen des Leiters des Hamburger Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten und seiner Mitarbeiter liegt,

---

13. Krankenhausmodelle, Baracken und Stationsanlagen.

14. Eine Sammlung wertvoller Lichtbilder von Land und Leuten, Hospitalbauten, Fauna und Flora, Krankheitserregern, Überträgern und Patienten.

15. Röntgenbilder aus der Tropenheilkunde, z. B. über die Röntgendiagnostik tropischer Colitiden und tropischer Leberabszesse.

16. Das meiste Interesse beansprucht immer das Leben. So erweckt auch der Anschauungsunterricht durch tropenmedizinische Kinematogramme stets die höchste Begeisterung unserer Studierenden, z. B. wenn sie die mikroskopische Geburt des Bilharzia-Wurms oder des Nauplius (Wasserkrebslarve, Zwischenwirt des Medinawurms) oder das Auskriechen des Moskitos aus der Puppe sehen, die Jagd des Schnakenlarven fressenden Gelbrandkäfers Dytiscus und seiner ebenso gefräßigen Larve mit dem Giftmord von harmlosen Stichlingen und Wassersalamandern erleben und den Todeskampf des Schlafkrankheitserregers mit den weißen Blutkörperchen oder den Kampf einer Haus- mit einer Giftschlange bis zum bitteren Ende beobachten können. Auch das Benehmen der Cholera-Vibrionen und Leishmanien in Reinkultur sowie das Leben und Treiben der Rückfallfieber-Spirochaeten oder der Mikrofilarien im Blut, sowie der Ruhramöben im Stuhl fesseln die Aufmerksamkeit immer wieder aufs höchste, während der vierteilige Film über die Pocken uns eine grauenhafte Menschengeißel und in historischer Entwicklung den siegreichen Kampf gegen sie vor Augen führt, der zum Schluß eine dankbar-freudige Stimmung auslöst.

[1]) Siehe Auskünfte S. 210.

[2]) Siehe Auskünfte S. 211.

folgten wir durch Nachprüfung, Bestätigung oder Ablehnung neuer Hypothesen und Behandlungsmethoden.[1])

Seit 1920 ist die Meteorologische Station I. Ordnung auf Anregung des Tübinger Geographen, Prof. Dr. Uhlig vom Physikalischen Institut auf das hierfür viel günstiger gelegene Grundstück des Tropengenesungsheims verlegt und von unserem Oberarzt Dr. Huppenbauer geleitet worden. Die Ergebnisse werden monatlich der Landeswetterwarte mitgeteilt und dienen mit zur Sicherung des Luftverkehrs.

Von zahlreichen Ärzten oder Patienten aus Übersee und der Heimat wurden uns Blut- oder Stuhl-Präparate, Moskiten oder Zecken zur Diagnosestellung übersandt, was uns die Anregung gab, die Moskitenfauna Tübingens und seiner Umgebung zu erforschen. Hierbei stellten wir das Vorkommen von Malaria-Anopheles im Neckartal unterhalb der Stadt aufs neue fest, obwohl die Malaria in Tübingen seit 1880 ausgerottet ist.[2])

Böswillige Verleumdungen und auf Unwissenheit beruhende wissenschaftliche Angriffe fehlten nicht. So wurde uns in einem offiziellen Schreiben des Oberbürgermeisters von Tübingen, das sich auf ein hygienisches Gutachten des stellvertretenden Oberamtsarztes gründete, der Vorwurf gemacht, daß wir ansteckende Krankheiten nach Tübingen brächten. Veranlassung hierzu gab ein Fall von Lepra, der jahrelang unerkannt als solcher in Württemberg lebte und in verschiedenen Bezirkskrankenhäusern vergeblich auf Syphilis und Beriberi behandelt worden war, von uns aber durch den positiven Nachweis von Leprabazillen diagnostiziert und dem öffentlichen Verkehr entzogen wurde. Die sachliche Darlegung des Falles brachte den erwarteten Erfolg. Der Oberbürgermeister ließ sich überzeugen, daß es für die Bevölkerung in Stadt und Land besser ist, wenn sie nicht aus demselben Glase Most trinkt, aus dem soeben ein Aussätziger seinen Durst gestillt hat. Er ließ sich auch überzeugen, daß die meisten Tropenkrankheiten sich schon aus dem Grunde in Tübingen nicht ausbreiten können, weil die hierzu nötigen Zwischenwirte, Glossinen, Stegomyien (Gelbfieberüberträger) usw. hier fehlen. Es ist noch nie in den nahezu 20 Jahren, seitdem unser Institut Tropenkranke berät, eine Malaria hier auf andere Menschen übertragen worden, es sei denn absichtlich durch die künstlichen Impfungen, für die wir der hiesigen Universitäts-Nervenklinik und der Hautklinik die Malariastämme zur Behandlung der Paralyse und der venerischen Krankheiten lieferten. Während in tropischen Ländern, besonders auf Reisen, immer noch Malaria- oder Schwarzwasserfieberkranke dem Tode zum Opfer fallen, weil kein Arzt zu erreichen war,

[1]) Siehe den Artikel von Dr. Huppenbauer über Fortschritte der Tropenmedizin.

[2]) Vergl. die beiden Doktorarbeiten: S. Bauer: Über das Wechselfieber. Tübingen 1857; und: A. Bubenhofer: Über sporadisches Vorkommen schwerer Malaria-Erkrankungen (in Tübingen). Berlin 1880. Ferner G. Olpp: Über die Moskiten im Tübinger Bezirk. Münch. Med. Woch. 1917, Nr. 36, und: Praktisches über Moskiten- und Malariabekämpfung. Württ. Med. Corr.-Bl. 1917.

ist von unsern zahlreichen Malarikern bisher noch keiner gestorben, da sie gleich mikroskopisch untersucht und der Behandlung zugeführt werden. Seit der Klarstellung dieser Tatsachen haben die unmotivierten Verleumdungen aufgehört. Auch die in Würzburg im Jahre 1910, also lange vor der Gründung des dortigen katholischen missionsärztlichen Instituts, in einer anonymen Broschüre [1]) erhobenen Anklagen gegen die „konfessionelle Verwendung von Ärzten in den deutschen Schutzgebieten" sind nicht wieder aufgetaucht.

Die von Dr. med. H. Feldmann im Jahr 1906 gegründete Zeitschrift „Die ärztliche Mission" wurde nach seinem Weggange aus Tübingen 1920 von unserem Institut übernommen und vierteljährlich herausgegeben. Als Organ des Tübinger Missionsärzte-Vereins (TMV) und der Vereine für ärztliche Mission hält sie die Verbindung zu den Vereinsmitgliedern und allen Freunden in Europa und Übersee aufrecht und dient als Sprachrohr für alle neu auftauchenden Probleme.

Dankbar gedenken wir der geistlichen Förderung, die unsere Studierenden, Schwestern und das ganze Hauspersonal durch die Andachten, Bibelstunden, Vorträge, Missionsstunden, Gottesdienste und Abendmahlsfeiern unserer Tübinger Theologen erfahren haben. Ich nenne hier nur die Professoren D. Dr. v. Wurster,[2]) Schlatter, Heim, Fezer, Hans Schmidt und Öhler. Letzterer übernahm 1920 den ersten Lehrauftrag für Missionswissenschaft in Tübingen, den er bis zu seiner Berufung nach Basel 1926 ausgeübt hat. Während dieser 6 Jahre hat er

[1]) Konfessionelle Verwendung von Ärzten in den deutschen Schutzgebieten . . Würzburg, Mönnig 1910. In der Broschüre wird „von einem Freund des konfessionellen Friedens" (!) zunächst gegen das Tübinger Institut in unfeiner Weise polemisiert. Dann werden die wissenschaftlichen Arbeiten eines Dr. Treutlein in Würzburg aufgezählt und gerühmt. Kurz vor der Veröffentlichung hatten wir den Dr. Treutlein durch unser Institut geführt und bereitwilligst alle seine Fragen beantwortet. Da in der Broschüre Mitteilungen gemacht sind, die nur auf jenes Gespräch zurückgeführt werden können, ist anzunehmen, daß er selber der Urheber oder Verfasser der gegen unser Institut gerichteten Auslassungen ist, die sich selbst richten. Welche Bewandtnis es übrigens mit der wissenschaftlichen Tüchtigkeit des Dr. Treutlein hat, geht daraus hervor, daß die von ihm bei Darreichung einer bestimmten Chinindosis „behauptete schwerste Schädigung" gewisser Blutkörperchen von einem der bedeutendsten Hämatologen, Prof. V. Schilling, „in einer gleichen Zahl von Nachprüfungen gänzlich vermißt wurde" (Archiv für Schiffs- und Tropenhyg. 1912. S. 227). — Prof. H. Walbaum bezeichnet Treutleins „Erörterungen" über wissenschaftliche Feststellungen in Bolivien „als gegenstandslos" (Arch. für Schiffs- und Tropenhyg. 1912. S. 589). — Auf der 5. Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft in Hamburg 1912 sagte derselbe Dr. Walbaum öffentlich, „daß Dr. Treutleins Versuche es an der zu einer wissenschaftlichen Erörterung notwendigen Zuverlässigkeit fehlen ließen; er würde es deshalb bedauern, wenn zu ihrer Widerlegung weiterhin Zeit und Arbeit geopfert würde, die sie seiner Ansicht nach wegen ihrer wissenschaftlichen Unzuverlässigkeit nicht verdienen" (Verhandl. der Deutschen Tropenmed. Ges., Archiv für Schiffs- und Tropenhyg. 1912. Beiheft 4, Seite 181).

[2]) Siehe Tafel 2.

unserem Institut auch als Hausgeistlicher gedient. Seit dem 1. Sept. 1928 hat der auf die neugegründete Lehrkanzel für Missionswissenschaft berufene ordentliche Professor D. Schlunk von Hamburg, der unserem Institut als Verwaltungsratsmitglied angehört und den Deutschen Evang. Missions-Bund (DEMB) leitet, den verwaisten Posten zu unserer Freude wieder besetzt und damit unsere Hoffnung auf eine weitere Bereicherung des Missionslebens gestärkt. Viele Vorträge unserer auf Urlaub zurückgekehrten Missionsärzte oder Missionare und Ansprachen der uns besuchenden Missionsdirektoren sind uns in lebendiger Erinnerung geblieben, weil sie den Glauben unserer studierenden Jugend belebten und ihre Gedanken in die richtigen Bahnen lenkten. Missionsstudienkreise, Zusammenkünfte des Studentenbundes für Mission und Schwesternstunden ergänzen das Bild für die Missionsausrüstung der uns anvertrauten Jugend.

Wenn das Wort Martin Luthers recht hat, das unter dem Segen Gottes eine kräftige Mehrung vorhandenen Besitzes versteht, so haben wir diesen Segen in reichem Maße bei der Entstehung unseres Tropengenesungsheims erfahren dürfen, denn kein Fortschritt in der bisherigen Entwicklung unserer Anstalten trägt so deutlich das Gepräge göttlicher Leitung. Schon bei der Gründung des Instituts hatte Dr Paul v. Lechler[1]) die Angliederung einer Anstalt für kranke Missionsangehörige ins Auge gefaßt. Auch andere Tropenkranke und zahlende Patienten sollten aufgenommen werden, damit sich das Unternehmen finanziell besser halten könnte. Das Grundstück für das Institutsgebäude hat er aus eigenen Mitteln gestiftet und gleich so groß bemessen, daß der Neubau des „Tropenspitals" im rechten Winkel anschließend an das Hauptgebäude, in welchem der Verbindungsgang schon angelegt wurde, erstellt werden konnte. Im Hauptgang unseres Hauses hängt ein Lageplan, der diesen Entwurf darstellt. Institut, Schwesternheim und Spital sollten unter derselben Verwaltung stehen und von einer Zentralküche aus bedient werden. Vom kaufmännischen Standpunkt aus wäre dies die beste Lösung der Aufgabe gewesen, aber die praktische Erfahrung ließ bald andere Gesichtspunkte in den Vordergrund treten.

Ganz von selbst stellten sich schon 1910 die ersten aus den Tropen kommenden Patienten ein, die sich sagten, wo Tropenmedizin gelehrt wird, kann man sich auch tropenärztlich beraten und behandeln lassen. Wir sahen uns daher genötigt, in einem Flügel des Schwesternheims eine provisorische Krankenabteilung einzurichten. Zur Pflege der Aufgenommenen wurde der erfahrene Diakon Baumann berufen, der schon seit 1901 in China mein Mitarbeiter beim Bau und der Führung zweier Missionskrankenhäuser gewesen war. Er befand sich mit seiner Frau, einer ausgebildeten Diakonieschwester, gerade in der Heimat und sagte gleich freudig zu. In der provisorisch eingerichteten Krankenstation wurden im Laufe der nächsten $3^1/_2$ Jahre 580 Tropenkranke ambulant beraten, 316 Personen auf Tropen-

[1]) Siehe Titelbild.

tauglichkeit untersucht und 329 Patienten mit 6619 Verpflegungstagen aufgenommen und behandelt. Hierbei stellte sich heraus, daß die aus den Ländern der heißen Zone zurückkehrenden Missionare und die andern Auslandsdeutschen meist außerordentlich nervös und geräuschempfindlich geworden waren; sie beklagten sich bitter über die Studenten: „Hört denn das ewige Klavierspielen nicht auf? Und dann singen sie wieder Studentenlieder, spielen bis abends 10 Uhr Tennis und Krocket und sind auch sonst nicht gerade leise." Der studentischen Jugend konnten wir den Frohsinn nicht verwehren, und immer den Polizisten zu spielen, lag uns nicht. Aber das studentisch frische Leben stellte die Heilung vieler Patienten geradezu in Frage oder ließ sie in eine ruhigere Gegend abwandern. Soviel wurde uns klar, Studenten und Patienten vertragen sich nicht gut nebeneinander. Eine Abwanderung mußte auf alle Fälle verhindert werden, wenn wir bei dem Neubau einen befriedigenden Dauerzustand erzielen wollten. Eine Lösung des Problems mußte gefunden werden, wobei die kaufmännischen Gesichtspunkte den ärztlichen Forderungen weichen mußten. Hier galt das alte Wort: Salus aegroti summa lex! (Des Kranken Wohlfahrt ist das oberste Gesetz!)

Zunächst durchstreiften wir auf ungebahnten Pfaden die nächste Umgebung, namentlich das hinter dem Hauptgebäude bis zur Eberhardshöhe ansteigende Gelände. An einer 7 Minuten entfernten, oberhalb unseres Hauses gelegenen Stelle standen wir eines Tages wie gebannt vor dem lieblichen Bild, das sich uns darbot. Entzückt schweifte das Auge von der zu unseren Füßen liegenden Stadt mit ihrer ehrwürdigen Stiftskirche, der Grabstätte Eberhards im Bart, zum alten Pfalzgrafenschloß von Hohen-Tübingen. Rechts lag die von Ludwig Uhland besungene Wurmlinger Kapelle, dann der wuchtige Bismarckturm, zu dem die Studenten ihre Fackelzüge zu machen pflegen; über der Stiftskirche die Burg Hohenzollern, anschließend die ganze Kette der Schwäbischen Alb mit dem sagenumwobenen Roßberg, der Achalm, dem Hohenneuffen und dem Turm der Teck. Konnte es ein lieblicheres, von Sage, Geschichte und Romantik umwobenes Bild mit so wohltuendem Gemütseindruck und einen passenderen Ort für abgearbeitete, müde und krank aus heißen Tropenländern heimkehrende Missionsleute geben?

Wir baten den Universitätshygieniker um ein sachliches Urteil. Versunken in das vom Abendsonnenglanz golden beleuchtete Landschaftsbild stand Prof. Wolf, wie jeder Besucher, den wir hinaufführten, an dem auserlesenen Platz. Er erstattete ein glänzendes Gutachten über die hygienischen Vorzüge des Ortes für eine Krankenanstalt.

Nun entbrannte ein Kampf, der nur mit edlen Waffen geführt wurde und Dr Lechlers Größe als Mensch und Charakter offenbarte. Unverhohlen gab er seinen schwerwiegenden Bedenken Ausdruck, die auf der Überzeugung beruhten, daß sich ein Krankenhaus auf dem Berge mit eigener Betriebs- und Küchenverwaltung bei den durch die hohe, unzugängliche Lage verteuerten Transportverhältnissen finanziell nicht würde halten können,

sondern schmählich Fiasko machen müßte. Seine dauernde Mahnung war: Nur keine Schulden machen! Vor dieser Gefahr wollte er das Werk bewahren.

Außer dieser finanziellen Schwierigkeit war aber zunächst auch die Wasserfrage zu lösen. So viel war klar, die Stadtverwaltung würde selbst bei größtem Entgegenkommen sich nicht bereit erklären können, eine Wasserleitung auf die Höhe des unerschlossenen Berggeländes zu führen. Auf eine eigentümliche Weise wurde dieses brennende Problem plötzlich gelöst. Wir hatten in jener Zeit „zufällig" einen Missionar aus Neu-Guinea zur Behandlung hier, der ein Wünschelrutengänger war. Er schritt das fragliche Grundstück ab und fand an einer Stelle eine Wasserader. Auch bei einigen unserer Mitarbeiter schlug die Rute zu ihrem Erstaunen prompt an dieser Stelle um ihre Achse. Mit Erlaubnis des Landbesitzers gruben wir nach und fanden die vermutete Quelle, mußten aber nun den Neubau auf einem etwas tiefer gelegenen Grundstück aufführen, als mit Rücksicht auf die Bodenverhältnisse geplant war, damit bei etwaiger Brandgefahr der Wasserdruck noch über den Dachfirst hinausreichte.

In der Finanzfrage kam uns der Vorsitzende der Reutlinger Handelskammer, Kommerzienrat Fischer, den wir von der Deutschen Kolonialgesellschaft her kannten, hilfsbereit entgegen. Überwältigt von dem prächtigen Blick auf Stadt und Land sagte er: „Wenn der Stadtschultheiß und mein Freund Professor Schleich, der Direktor der Augenklinik, keine Einwendungen machen, dann verspreche ich, daß bis zum 1. Januar 1914 25 000 ℳ für den Ankauf des Bauplatzes zur Verfügung stehen. Was durch Sammlung nicht aufkommt, werde ich decken, bitte aber, meinen Namen nicht öffentlich zu nennen." (Leider ist sein Name durch die Indiskretion eines Frankfurter Pressevertreters doch in die Öffentlichkeit gelangt.) Oberbürgermeister Hauser erklärte, daß ein Krankenhausbau an dem in Frage kommenden Punkt sich ausgezeichnet in den Stadtbauplan einfügen würde, da in dieser Gegend sowieso keine Studentenhäuser geduldet würden. Der gleichzeitig erschienene Prof. Schleich bestätigte, daß es in hygienischer Hinsicht keinen günstigeren Platz in Tübingen für das geplante Spital gäbe. So war der Weg geebnet; Fischer hielt Wort. Hier wollen wir dem hochherzigen Mann, der nicht mehr unter den Lebenden weilt, für seine opferfreudige Tat einen Kranz dankbarer Erinnerung widmen. Denn er hat es unserer Frankfurter Jahresversammlung durch das angebotene Geschenk erleichtert, den zustimmenden Entschluß zu fassen.

Zur entscheidenden Vorberatung hatte Dr Lechler nicht nur den Ausschuß und die Herren der Tübinger Ortskommission, sondern auch einige andere sachverständige Freunde unseres Werkes nach Tübingen eingeladen. Er selbst konnte der Sitzung nicht beiwohnen. Von den drei damals zu unserem Verwaltungsrat gehörenden Tübinger Professoren sprach sich der Geheime Staatsrat v. Bruns zunächst gegen den gewählten Platz aus, weil er nach den in seinem nahe gelegenen Hause gemachten Erfahrungen dem Föhn zu sehr ausgesetzt sei. Professor Perthes, sein Nachfolger

auf dem Lehrstuhl der Chirurgie, der uns schon seit den Boxerwirren von Hongkong her bekannt war, äußerte dagegen seine rückhaltlose Zustimmung. Professor Schleich machte hierauf den Vermittlungsvorschlag, den Neubau auf einem zwischen dem Institut und der Bergeshöhe gelegenen Grundstück zu erstellen. Dies ließ sich aber technisch wegen des ungenügenden Raums und Bauverbots bei Steilabhang nicht durchführen. Die Ansichten gingen hin und her. Auch die finanzielle Seite wurde sehr ernst erwogen. Prof. Wurster und der in Geldangelegenheiten vielerfahrene Oberrechnungsrat Rück traten warm für den Plan ein. Sie haben auch späterhin immer wieder freudig eingegriffen, wenn der Wagen im Sande stecken zu bleiben drohte. Endlich fragte mich der zugezogene Direktor Huppenbauer vom Kurhaus „Palmenwald" in Freudenstadt, was ich tun würde, wenn der Neubau nach Dr. Lechlers Wunsch doch in den Garten des Instituts gebaut würde. Dadurch sah ich mich genötigt, unumwunden zu erklären: „Dann stelle ich meinen Posten zur Verfügung und gehe wieder nach China." Dem folgte ein ernstes Schweigen. Am Schluß der Sitzung wurde einstimmig beschlossen, unserem Vorsitzenden, Dr. Lechler, die Wahl des neuen Bauplatzes trotz seiner Bedenken zu empfehlen. Gleichzeitig wurde Direktor Huppenbauer gebeten, ihm diesen Beschluß persönlich zu überbringen. Es ist Dr. Lechler sehr nahe gegangen, als sein Freund ihm das Ergebnis der Tübinger Sitzung vorlegte. Denn er sollte nicht nur seinen Lieblingsplan aufgeben, sondern er hielt es auch für seine Pflicht, seine Mitarbeiter von etwa nicht genügend durchdachten Entschlüssen zurückzuhalten. Da die Entscheidung aber einstimmig gegen seine Überzeugung gefallen war, fügte er sich diesem Votum und vertrat auf der bald darauf folgenden Jahresversammlung mit Energie die Ansicht des Ausschusses, die dann auch vom Verwaltungsrat bestätigt wurde.

Das neue Haus sollte den Namen „Tropengenesungsheim"[1]) erhalten. Die Bezeichnung „Tropenklinik" wurde von der Jahresversammlung abgelehnt, weil unser Verwaltungsratsmitglied, Prof. Veit, von der Universität Halle, den Ausdruck „Klinik" für staatlich erbaute medizinische Universitätsinstitute gewahrt wissen wollte. „Missionskrankenhaus" wollten wir die neue Anstalt nicht nennen, weil wir auch die nicht zur Mission gehörenden Tropenpatienten berücksichtigen wollten. Aber beschlossen wurde auf der Jahressitzung, daß das Tropengenesungsheim im Sinn und Geiste der Mission geführt werden solle.

Mit dem Ankauf des Geländes wurde sofort begonnen, wobei uns der Oberbürgermeister bereitwilligst seinen Stadtgeometer für die Verhandlungen mit einer ganzen Reihe von Besitzern schmaler Weinbergsgrundstücke zur Verfügung stellte. Eine große alte Steingrube auf dem erworbenen Areal wurde mit den zur Platzeinebnung abgetragenen Erdmassen ausgefüllt und mit Akazien bepflanzt, die jetzt schon zu einem Wäldchen herangewachsen

[1]) Siehe Tafel 23.

sind. Unter der sachverständigen Leitung unseres Verwalters Baumann wurden die alten Weinbergtreppen herausgerissen, ein neuer Geländeplan entworfen und ein bequemer, in Serpentinen aufwärts führender Fußweg angelegt, der zusammen mit dem Fahrweg vor dem Haupteingang an der Nordseite des Hauses ausmündet, sodaß die der Südfront vorgelagerten Rasenplätze einen ruhigen Gartenaufenthalt für die Patienten gewährleisten.

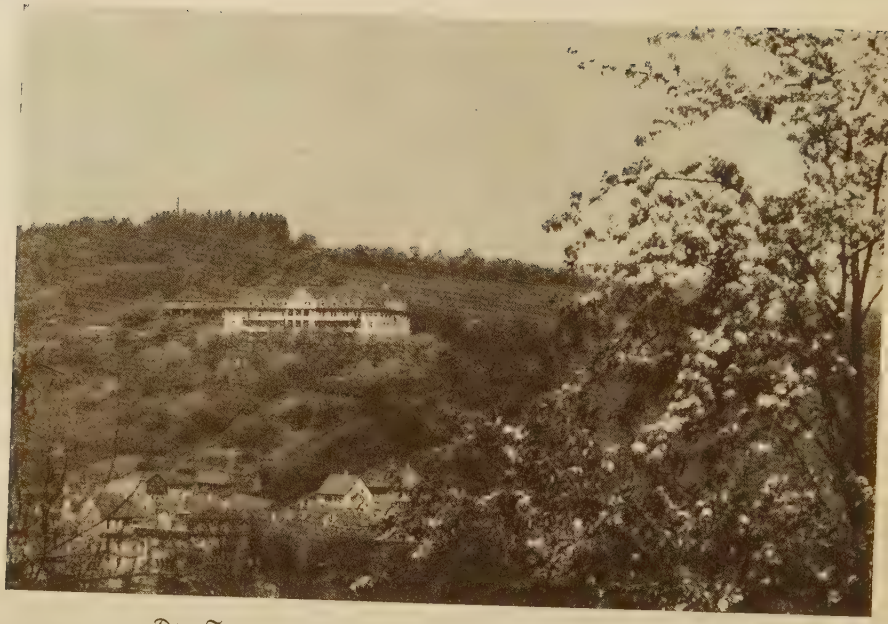
Am Himmelfahrtstage des Jahres 1914 fand die Grundsteinlegung mit der Weiherede von Prof. D. Dr Wurster statt. Zur Nachfeier versammelten sich unsere sämtlichen Hausgenossen auf der Wiese hinter dem Baugrund, wo bei einem improvisierten Picknick unser Schriftführer, Oberreallehrer Kammerer,[1]) in echt schwäbischem Humor über die Gründungsgeschichte des Instituts und Erfahrungen bei seinen Werbereisen berichtete. Auf eine norddeutsche Stadt war er nicht gut zu sprechen, weil man ihm dort vorzuhalten beliebte: „Wir . . . . . er wollen erst etwas sehen, bevor wir etwas geben," worauf er entgegnete: „Dann würde wohl auf dieser Welt nie etwas Neues zustande kommen!" — Einmal muß er, wie er schmunzelnd erzählte, mit seinem Handköfferchen den Eindruck eines Hausierers gemacht haben. Denn das Dienstmädchen sagte ihm beim Öffnen der Tür: „Die Herrschaft braucht nichts." So schnell ließ er sich aber nicht abweisen, sondern schickte der Dame des Hauses seine Visitenkarte. Sehr interessiert hörte sie ihm eine Stunde lang zu und entließ ihn dann huldvollst, indem sie ihm Gottes Segen wünschte. Erst sehr viel später traf eine große Gabe von ihr ein, und Kammerer tat im Herzen Abbitte wegen der damals empfundenen Enttäuschung. Der unermüdlichen Werbetätigkeit dieses warmherzigen Freundes für die ärztliche Mission haben wir's in erster Linie zu verdanken, daß die nötigen Baugelder rechtzeitig einliefen. Zahlreiche Eingaben an staatliche und kirchliche Behörden, an Landesfürsten und an Vertreter von Handel und Gewerbe hat er entworfen. König Wilhelm II. von Württemberg verwilligte einen Staatsbeitrag von 15 000 ℳ und spendete aus seiner Privatschatulle weitere Eintausend. Die Deutsche Kolonialgesellschaft beteiligte sich mit einer Spende von 3000 ℳ. Kirchenkollekten unterstützten uns aufs wirksamste. Kaiser Wilhelm II. überwies dem Tropengenesungsheim aus der anläßlich des 25jährigen Kaiserjubiläums vom deutschen Volke für die christlichen Missionen gesammelten Nationalspende eine Gabe von 100 000 ℳ. Damit waren die Gelder für den Rohbau, der auf 250 000 ℳ veranschlagt war und auch mit dieser Summe ausgeführt wurde, beisammen. Das Einhalten des Voranschlags verdanken wir der umsichtigen Leitung der im Krankenhausbau erfahrenen Stuttgarter Firma Bihl & Wolz, die mit der Ausarbeitung und Ausführung der Pläne beauftragt worden war.

Ärztliche Studienreisen in Deutschland und der Schweiz, England, Irland und Nordamerika setzten uns instand, in vielen Fragen die für unsere Zwecke

[1]) Siehe Tafel 2.

Hauptgebäude, Schwesternheim und Tropengenesungsheim des Deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen, Winter 1928

Studierende im Deutschen Institut für ärztliche Mission, Sommer 1928



Das Tropengenesungsheim in Tübingen

Missionarskinder aus Niederländisch-Indien im Tropengenesungsheim, Mai 1925

beste Lösung nach den modernen Grundsätzen der Hygiene zu finden. Das Haus wurde mit seiner Längsfront von Ost nach West und seinen drei nördlichen Flügeln so erbaut, daß sämtliche Krankenzimmer gut durchsonnt werden. Die lärmverursachenden und gemeinsam benützten Räume (Küche, Speisesaal und Poliklinik) wurden in dem nördlich gelegenen Mittelbau untergebracht. Die Stadt hatte versprochen, mit ihrer neu geplanten Kläranlage und Kanalisation fertig zu sein, wenn wir unsern Neubau unter Dach hätten. Durch den Ausbruch des Krieges wurde diese Zusage vereitelt, sodaß wir uns veranlaßt sahen, eine Spülkanalisation mit eigner Kläranlage zu errichten. Wie das Deutsche Institut für ärztliche Mission im Jahre 1908 das erste Gebäude in Tübingen war, das eine biologische Kläranlage erbaute, die den Klinikern damals als Sehenswürdigkeit demonstriert wurde, so war jetzt das Tropengenesungsheim die erste Krankenanstalt Tübingens, die mit Spülkanalisation eingerichtet wurde. Die Kliniken folgten erst im 450. Jubiläumsjahre der Universität, 1927, dieser Forderung der Neuzeit.

In allen Zimmern des Tropenheims findet sich fließendes Wasser. Die tiefen Doppeltüren geben dem Patienten das Gefühl einer größeren Abgeschlossenheit. Wir sahen sie in dieser Form zuerst in Amerika, während wir das Vorbild des Gartensaals dem musterhaften Sanatorium Amelung in Königstein entlehnten. Die Krankenzimmer zweier Stockwerke sind nicht nur mit doppelten Glasfenstern, sondern auch mit doppelten Glastüren versehen, um möglichst viel Sonne und Licht in die Räume unserer sonnenhungrigen Tropenpatienten zu lenken. Durch eine sinnreiche scherenförmige Einrichtung mit Kugelgelenken lassen sich beide Türen mit einem Griff öffnen und schließen. Ein ebenso einfaches Verfahren mit ähnlicher Wirkung bedient die Oberlichtfenster. 22 Zimmer sind mit Liegeveranden ausgestattet, in deren Mauerwerk schon beim Rohbau in der Höhe des Liegestuhles ein viereckiger Raum ausgespart wurde, in den man sein Buch oder sein Glas Milch abstellen kann. Ein Wäscheabwurfsschacht verbindet alle Stockwerke, sodaß man keine Bettwäsche in Körben auf den Stockwerken aufzuheben und keine Menschenkraft zum Tragen braucht. Wäsche- und Speiseaufzüge sind in den Flügelbauten eingerichtet, wo ihr Geräusch schadlos verhallt. Waschküche mit Trockenraum und Bügelzimmer sind in der äußersten, untersten Ecke des Hauses untergebracht, sodaß ihre Motore nur in den drei nächstgelegenen Krankenzimmern hörbar sind. 2 Laboratorien, 2 große Liegehallen, Röntgenzimmer, Gymnastikraum, 13 Bäder, Warte-, Sprech- und Behandlungszimmer befinden sich im Mittelbau und an den Enden des Längshauses. Eine Nebentreppe verbindet alle 4 Stockwerke, sodaß die Patienten im Negligé in das subaquale Darmbad (Sudabad) gelangen können.[1])

Sämtliche Zimmereinrichtungen wurden gestiftet und von den Stiftern mit Namen bezeichnet. Welche originellen Geber hier mit-

[1]) Eine ausführliche Beschreibung des „Tropengenesungsheims in Tübingen" findet sich im „Medizinischen Korrespondenzblatt für Württemberg" 1917, Nr. 20.

wirkten, mögen einige Beispiele beleuchten. Als Vertreter des Vereins für ärztliche Mission der guten Stadt Heilbronn erschien Rechnungsrat Veyhelmann: „Wir wollen ein Zimmer stiften." „Vielen Dank!" „Was kostet das?" „Ein Einzelzimmer kostet 750 Mark." „Wir wollen aber mehr stiften." „Schön, dann nehmen Sie ein Doppelzimmer zu 1000 Mark." „Wir wollen noch mehr stiften, wir Heilbronner sind feine Leute." „Dann wählen Sie das Lese- und Schreibzimmer." Nun war der Gast befriedigt. Tadellos gearbeitete Schränke und Schreibtische, Bücherständer, Ledersessel, Sofas, zarte Gardinen zieren den behaglich eingerichteten „Heilbronner Saal", in dem die Stiftungsurkunde hängt mit dem Spruch: „Ihr werdet mit Freuden Wasser schöpfen aus den Heilsbrunnen!" — Eines Tages erschien ein wortkarger auswärtiger Bäckermeister und ließ sich das ganze Haus zeigen. Schweigend folgte er bis in den Raum, in dem die Apparate für schwedische Heilgymnastik aufgestellt waren. „Sind die schon bezahlt?" „Nein." „Was kosten sie denn?" „7500 Mark." Zieht der Mann seine Brusttasche heraus, überreicht 7500 Mark und sagt: „Das Geld habe ich durch Brotbacken mit meinen eigenen Händen verdient, aber mein Name darf nicht genannt werden."

Einem hiesigen Pfarrer i. R., der das Heim besichtigte, fiel es auf, daß über den Türen der gestifteten Zimmer nirgends der Name „Tübingen" stände. „Haben denn die Tübinger nichts gestiftet?" „Nein, keinen Pfennig." „Das geht aber doch nicht." Schon hatte er einen flammenden Aufruf geschrieben, der sogar den Gemeinderat der Stadt alarmierte. Das glänzende Ergebnis war die so überaus behagliche Einrichtung des Hohentübinger„ Gartensaals". Ich behaupte kecklich, daß es in ganz Tübingen keinen Saal gibt, in den die güldne Sonne so liebevoll hineinschaut, als in diesen Raum mit den von Frau Geheime-Rat von Bruns gestifteten prachtvollen großen Palmen, unter denen man ungestraft ausruhen und den Klängen des Saitenspiels lauschen kann.

Als Berner Freunde von dem Fischerschen Landgeschenk hörten, trat ihr Vertreter Dr de Benoit bei der Jahresversammlung auf und stiftete 10 000 ℳ zum weiteren Landankauf, damit eine Ausdehnungsmöglichkeit für später gesichert sei. Da das hiervon gekaufte Grundstück oberhalb unseres Areals lag, wurde es „Berner Oberland" genannt. Der deutsche Reichstag verwilligte auf Anregung des Reichskolonial-Staatssekretärs Dr Solf 10 000 ℳ und die Basler Missions-Handlungs-Gesellschaft überreichte 25 000 ℳ für die innere Einrichtung, da sie voraussah, daß ihre Angehörigen von dem neuen Unternehmen großen Nutzen ziehen würden. Die gesamte Instrumenten-Einrichtung stiftete Kommerzienrat Scheerer, die künstliche Höhensonne Kommerzienrat Hartenstein. Die Auslagen für das elektrische Vierzellenbad und die Röntgenanlage wurden von Vereinen für ärztliche Mission, namentlich aus Zürich und Bern, gedeckt.

Der Bau selbst hat viel mehr Schwierigkeiten verursacht, als voraus-

gesehen werden konnte. Kaum waren die Mauern des Hauses einen Meter über den Erdboden herausgewachsen, als der Weltkrieg ausbrach und die begonnene Arbeit stillegte. Aber bald drängten die Bauunternehmer, mit denen die Verträge abgeschlossen waren, auf den Weiterbau, um ihre alten Arbeiter zu beschäftigen. Wenn das begonnene Werk nicht vollständig zur Ruine werden sollte, so mußte weitergebaut werden. Dr. Lechler gab seine Zustimmung, damit wenigstens der Rohbau unter Dach käme und das Mauerwerk nicht der Verwitterung zum Opfer fiele. Bei den vielen Abberufungen der Arbeiter wegen der Kriegslage schritt der Bau nur sehr langsam, aber unter der ständigen Aufsicht unseres Verwalters Baumann sicher und gründlich fort. Er war es auch, der, als der Krieg länger anzuhalten schien, während meiner Abwesenheit darauf drang, daß die für später vorgesehene Erweiterung, nämlich der Ausbau des Dachstockes, sofort in Angriff genommen und so Raum für 50 statt für 30 Betten geschaffen wurde. Seinen sachlichen Darlegungen konnte sich die Ortskommission und der Ausschuß nicht entziehen, zumal, da erwartet werden mußte, daß nach dem Kriege kranke Missionsangehörige sich in großer Zahl einfinden würden. Als im Jahre 1916 schon die ersten mit der berüchtigten Golkonda „repatrierten" Missionsleute aus Indien eintrafen, wurde der Neubau mit möglichster Beschleunigung fertiggestellt und eingerichtet. Am 15. Nov. 1916 konnte Dr. Lechler das schlüsselfertige Haus seiner Bestimmung durch eine Ansprache im engeren Kreise übergeben. Denn wegen des Ernstes der Lage glaubten wir, von einer festlichen Einweihung im größeren Stile absehen zu sollen. Dagegen haben wir durch häufige Führungen den verschiedensten Kreisen der Stadt und Umgebung Einblick in die Bauart, die Ausstattung und das Wesen des Hauses gegeben.

Den Krankenpflegedienst übernahmen vier aus China, Indien, Kamerun und Togo zurückgekehrte Missionsschwestern, die selbst schon manche Tropenkrankheiten durchgemacht hatten. Sie haben sich als treu bewährt und Außerordentliches geleistet. Mit einem Personal von 20 Köpfen wurde der Betrieb eröffnet. Bald füllten sich die Räume. Den aus Indien vertriebenen folgten die von Ostafrika, die durch den ganzen Kongo hindurchgeschleppt waren, dann die von Kamerun und Togo, unter denen sich ein Missionar befand, dem von einem französischen Unteroffizier in Dahome Daumenschrauben angelegt worden waren. Ihnen folgten die Goldküstenleute usw. Die Kranken trafen häufig schiffsladungsweise ein, z. B. langten am Vorabend von Weihnachten 1918 um die mitternächtige Stunde 27 Mitglieder der Brüdergemeine und 2 Angehörige der Bethel-Mission bei uns an. Aus der Hitze der Tropen kommend, hielten sie ihren Einzug in Eis und Schnee und wurden von dem ebenfalls zur Kur hier weilenden Missionsdirektor Bischof D. Hennig aufs herzlichste willkommen geheißen. Einmal hatten wir 66 Patienten gleichzeitig unter unserm Dach. Das Hauspersonal gab freiwillig seine Zimmer her, um den Kranken zu dienen.

Manche der Ausgewiesenen kamen in elendem Zustande und stark ausgehungert hier an. Eine zarte Frau hatte 44 Pfund auf der Reise abgenommen und ein 183 Zentimeter großer Mann 58 Pfund. Ein Missionar, der in Neu-Guinea fünfmal Schwarzwasserfieber durchgemacht hatte, war in Australien wie ein Verbrecher 5 Jahre lang getrennt von Weib und Kind hinter dem Stacheldraht festgehalten worden. Ein anderer, der Reserveoffizier gewesen war und infolgedessen bei den Engländern in Indien als Spion galt, wurde zweimal unschuldig zum Tode verurteilt, zur festgesetzten Stunde angeblich zum letzten Gang abgeholt, aber statt dessen in einen dunklen Raum am Bug eines Kriegsschiffes gebracht, das an der Küste auf und ab fuhr. Falls es von einem Torpedo getroffen würde, sollte er als der Erste in die Tiefe sinken. Bei einem dritten wurde durch die Kriegsereignisse eine schlummernde Geisteskrankheit ausgelöst, die ihn dauernd unfähig zur Arbeit machte. Ein vierter wurde mit Familie an einem 2 Grad vom Aquator entfernt gelegenen Ort $3^1/_2$ Jahre lang hinter Stacheldraht gehalten. Aus Ostafrika kam eine Witwe mit 4 Kindern, die erst nach 9 Monaten auf Umwegen durch Hörensagen die Nachricht erhielt, daß ihr Mann in Ägypten in der Gefangenschaft an der Tropenruhr gestorben sei. Eine andere Frau war so zermürbt und kampfmüde, daß sie bei der Krankenvisite äußerte: „Herr Doktor, lassen Sie mich ruhig sterben. Ich will nichts mehr von der Welt, jetzt bin ich ja in der Heimat." Viele haben ähnlich gedacht und still ihr Kreuz getragen. Aber dann zu beobachten, wie nach Monaten die Kräfte wiederkehrten und neue Freude zum Leben und Arbeiten erwachte, das gehört mit zu den köstlichsten Erfahrungen, die wir machen durften. Manche hatten auch die Freude an der Natur noch nicht verloren. Einer von ihnen stand auf dem Luginsland unseres Daches und rief beim Anblick all der lieblichen Natur: „So schön ist unser Vaterland? — Das hab ich nicht gewußt!" Der deutsche Gesandte von Marokko, Freiherr v. Rosen, war so hingerissen von der Schönheit der Gegend, daß er an derselben Stelle ausrief: „Das muß der Kaiser sehen!"

Auch nach der Bauzeit haben wir im Kriege noch mancherlei unvorhergesehene Not durchgemacht. Ich nenne nur die Milchnot und die Kohlennot. Trotz aller Bemühungen gelang es nicht, einen Tropfen Milch zu bekommen, als das Tropenheim eröffnet wurde. Gesunde bekamen ja bei der vorhandenen Knappheit überhaupt keine Milch mehr, alle im Handel befindliche Milch wanderte in die Kliniken. So mußten wir uns schnell entschließen, 5 Milchkühe für 7000 ℳ zu kaufen und provisorisch in einem Stall in der Stadt unterzubringen. Die Kosten für diese unvorhergesehene Betätigung in der Landwirtschaft deckte uns ein Artikel über „Ein Becher Milch", der einen überaus freudigen Widerhall in 34 Sonntags- und Missionsblättern gefunden hatte. Auch ein Drittel der Bausumme für das schleunigst in Angriff genommene Stallgebäude wurde durch diese Gaben gedeckt. Die Einholung unserer bekränzten „Tropenkühe" aus der Mietswohnung in der Stadt in unser eigenes Gedinge gestaltete sich zu

einem fröhlichen Fest. Wie ärmlich die Verhältnisse damals in unserem Vaterlande waren, erhellt auch daraus, daß uns von Nachbargemeinden Kartoffeln gestiftet wurden, die durch Hausammlungen von 6—8 Stück zusammengebracht worden waren.

Bitter war es für unsere blutarmen, frierenden Tropengäste, als im Winter die rationierten Kohlen ausgingen und die Stadtverwaltung kein Heizmaterial mehr liefern konnte. Einen Tag gingen die Heizkessel aus und bleiche Patienten schlichen mit verstörten Gesichtern durch die kalten Räume. In dieser Not trat das Deutsche Auslandinstitut in Stuttgart erfolgreich für unser Haus ein durch seine Vorstellungen bei dem Kohlengewaltigen des Landes! „Die Auslandsdeutschen aus den Tropen dürfen wir nicht frieren lassen!" Als die frohe Kunde kam, haben die Küchenmädchen mit schallender Stimme ein Lob- und Danklied ums andere gesungen.

Nach dem Kriege hatten wir die Freude, 23 Kämpfer von Lettow-Vorbecks Heldenschar zur Behandlung aufzunehmen. Er selbst erschien und wurde im Hohentübinger Saal von seinen Getreuen mit stürmischen Hochrufen begrüßt. Auch der bekannte Hauptmann Tafel und der durch seine Schlafkrankheitsforschung berühmt gewordene Stabsarzt Taute, beides Mitkämpfer Lettows, weilten zur Behandlung unter unserem Dache, ebenso Hauptmann Detzner aus Neu-Guinea, der sich nie ergeben, Oberarzt Dr. Gothein, der bei der mandschurischen Pest seine Sporen verdient hatte, Missionar G. v. Bodelschwingh aus Ostafrika, Direktor Schneller mit Familie vom Syrischen Waisenhaus in Jerusalem, Freiherr v. Soden, der frühere Gouverneur von Kamerun und Deutsch-Ost-Afrika. Reichskanzler Dr. Michaelis besichtigte unser Haus, kurz bevor er sein hohes Amt antrat. Königin Charlotte von Württemberg ließ sich durchs Haus führen. Ohne zu ahnen, daß 14 Tage später die Revolution ausbrechen würde, sagte sie uns ihre Fürsprache beim Oberamt zu für die Verbesserung der Zufahrtstraße. Der spätere Staatsminister Bazille von Württemberg war unser Gast über Nacht, als er seine erste Wahlrede in stürmisch-bewegter Zeit in Tübingen hielt. Herzog Johann Albrecht von Mecklenburg, der Vorsitzende der Deutschen Kolonialgesellschaft, und sein Nachfolger in diesem Amt, Dr. Seitz, der frühere Gouverneur von Kamerun und Deutsch-Südwest, folgten ihnen. Von Angehörigen fremder Nationen seien genannt der Bakteriologe Prof. Sata aus Japan, der Vorsitzende der chinesisch-christlichen Studentenvereinigung Dr. Ku, der Vizepräsident des christlichen Nationalrats von Indien, Dr. Datta, der Negerpfarrer Clerk, einer der Leiter der Eingeborenenkirche auf der Goldküste.

Bereits 1920 war die auf dem Tropengenesungsheim ruhende Schuld abbezahlt. Seit Mitte 1921 ist unser Institut mit seinem Studentenheim, Schwesternheim und Tropengenesungsheim auf Grund von Gutachten der medizinischen Fakultät und des Akademischen Rektoramts als ausschließlich gemeinnützige und wohltätige Anstalt vom Landesfinanzamt offiziell anerkannt.

Bald drängten uns die Verhältnisse zum weiteren Ausbau des Werkes. Um der vermehrten Arbeit an den Kranken gerecht zu werden, wurde am 1. April 1919 Dr. K. Huppenbauer, der nach $4^1/_2$ jährigem Dienst als Basler Missionsarzt auf der Goldküste repatriiert worden war, als Hausarzt und Oberarzt an das Tropengenesungsheim berufen und übernahm 1924 die ärztliche Leitung. Tropenkranke Kinder[1]) kamen in so großer Zahl, daß wir sie nicht mehr im Hauptgebäude aufnehmen konnten, ohne die tropenkranken Erwachsenen zu stören. So wurde 1922 trotz der Not der Zeit und der heranrückenden Inflation beschlossen, ein Tropenkinderheim in nächster Nähe des Tropengenesungsheims zu erstellen. Auf Antrag stellte uns der Reichsfinanzminister zu diesem Zwecke eine große, gut erhaltene Baracke von der Militärverwaltung zur Verfügung. Dieses bescheidene Gebäude wurde durch Einrichtung von 3 Krankensälen, 1 Eßzimmer, 7 Einzelzimmern, einigen Nebenräumen und einer breiten Veranda zu einer Kinderabteilung ausgebaut. Das brachte natürlich wieder eine neue finanzielle Belastung, besonders unter der sprunghaften Verteuerung aller Lebensbedürfnisse während der Inflation. Vor der Eröffnung dieses Kinderheims haben wir uns im Institut in einer dreistündigen Ausschußsitzung die Köpfe zerbrochen, auf welchem Wege wir die neue Schuld am besten decken könnten; Hypothek, Kreditaufnahme, Aufruf an die Öffentlichkeit, alles wurde gründlich durchberaten. Als die Herren des Ausschusses sich zur Eröffnungsfeier hinaufbegeben wollten, traf ein Deutsch-Amerikaner Dr. Klaiber mit seiner Gattin im Auto ein. Er wurde freundlich eingeladen, an der Feier teilzunehmen. Zum drittenmal hielt Professor D. Wurster uns eine Weiherede, diesmal wegen der Not der Zeit mit sehr bewegtem Herzen und tränenerstickter Stimme. Nach der Besichtigung nahm der Amerikaner mich beiseite und sagte: „Wenn noch eine Schuld auf dem Hause ruht, möchte ich sie gerne decken." Ein paar Stunden vorher lastete noch die Sorge auf unsern Herzen. Wir ahnten nichts davon, daß Gott der Herr schon wieder einen Segen für uns bereit hatte. „Ehe sie rufen, will ich antworten." Als ich Herrn Dr. Lechler die überraschende Kunde mitteilte, wollte er sie zuerst nicht glauben. Dann drückte er mir bewegt die Hand und sagte: „Aber missen möchte ich doch die vorhergehenden Stunden nicht." Von diesem Augenblick an hatte er seine finanziellen Sorgen um unser Werk für immer überwunden.

Nun weilt er nicht mehr unter den Lebenden, und mit ihm ist nahezu die ganze erste Generation der glaubensmutigen Gründer des Deutschen Instituts für ärztliche Mission schon von ihrer Erdenarbeit abberufen. 1915 starb unser erster ärztlicher Direktor Dr. Fiebig,[2]) anfangs des Jahres 1923 Professor D. Wurster, der Leiter unserer Ortskommission. Beide liegen auf dem Tübinger Friedhof begraben. Missionsinspektor D. Würz[3]), unser stellver-

[1]) Siehe Tafel 23.
[2]) Siehe Tafel 2.
[3]) Siehe Tafel 2.

tretender Vorsitzender und Leiter der Inneren Kommission, ging 1926 heim, und im Jahre darauf legte unser nie rastender Oberreallehrer Kammerer, der noch für unser Jahrbuch seine Beiträge gegeben, seine fleißige Feder für immer aus der Hand. Am 8. September 1928 wurde Sanitätsrat Dr. Römer, der Vorsitzende unserer ärztlichen Kommission durch einen Herzschlag aus diesem Leben abberufen. Diese Männer aus dem Schwabenland haben voll Gottvertrauen furchtlos und treu die Reichssturmfahne der ärztlichen Mission vorausgetragen. Die Leitung des Verwaltungsrats und seines Ausschusses übernahm auf Vorschlag des stellvertretenden Vorsitzenden D. Würz und nach einstimmig erfolgter Wahl der Sohn unseres Gründers, Fabrikant Paul Lechler in Stuttgart. Die übrigen führenden Männer der jetzigen Generation sind an anderer Stelle dieses Buches genannt.[1])

Mit den 37 deutschen Missionsgesellschaften, dem Verband der 24 Missionskonferenzen, dem Verband der 14 Vereine für ärztliche Mission und dem Tübinger Missionsärzte-Verein stehen wir in regem Gedankenaustausch. Dies tritt deutlich in Erscheinung bei der für Tübingen geplanten großen Tagung vom 10.—14. Oktober 1928, auf der unter anderem die von unserem nun verewigten Sanitätsrat Dr. Römer ausgearbeiteten „Lebensfragen für die Weiterentwicklung der ärztlichen Mission", die von unserm Ausschuß in den letzten Jahren eingehend durchberaten worden sind, behandelt werden sollen.

Bei allen unseren menschlichen Beratungen und missionsärztlichen Aufgaben wollen wir uns für die Weiterarbeit der Führung Gottes anvertrauen und seinem Wink gewärtig mit Samuel sprechen: „Rede, Herr, denn dein Knecht höret."

[1]) Siehe Auskünfte S. 205 und 207.

Die internationale ärztliche Mission

Von Prof. Dr. med. Olpp

Die ärztliche Mission ist so reich an mannigfachem Erleben, Heldensinn und Opfermut, Hingabe an die Lösung wissenschaftlicher Aufgaben und weltüberwindender Siegeskraft christlichen Glaubens, daß es erhebend ist, diese einzigartige Bewegung in ihren mannigfaltigen Auswirkungen vor unserem inneren Auge vorüberziehen zu lassen. Wegen der Kürze des gebotenen Raums kann dies nur durch die Darbietung schlaglichtartig beleuchteter Bilder geschehen. Wir wollen zunächst einen kurzen Blick auf die ärztliche Mission treibenden Kräfte der heimatlichen Basis werfen, dann die geographische Verteilung der Stationen unter Berücksichtigung der Tätigkeit der Missionsärzte im Pionierdienst, in Polikliniken, in Krankenhäusern und bei der ärztlichen Ausbildung der Eingeborenen betrachten und endlich drei brennende Probleme der Gegenwart herausgreifen und erörtern.

I.

Drei heimatliche Gruppen von Völkern sind es, die ihren charakteristischen Beitrag zur missionsärztlichen Tat gegeben haben, die europäische, die britische und die nordamerikanisch-kanadische.

Wenn wir mit der kleinsten, der **europäischen Gruppe**, beginnen, so gebührt den Holländern der Ruhm, daß sie den ersten protestantischen Missionsarzt ausgesandt haben. Es war Justus Heurnius, der Sohn eines Professors und Bruder zweier Medizin-Professoren in Leiden, der 1624 nach Ostindien ging, wo er bis 1638 gewirkt hat. Aber dann wurde es mehr als 2½ Jahrhunderte ganz still in Holland, bis der 1893 nach Java gesandte Pioniermissionsarzt, Dr. Scheurer[1]) das niedergesunkene Banner wieder aufnahm und 1900 in Djokjakarta sein Missionskrankenhaus gründete. Mit klarem Blick hat er der ärztlichen Mission in Niederländisch-Indien den Weg gewiesen und ist auch, nachdem er die praktische Arbeit draußen hatte niederlegen müssen, in der Heimat ein tatkräftiger Förderer und Freund derselben geblieben. Eine Reihe von Jahren war er als Mitglied der 2. Kammer der Generalstaaten politisch tätig und hat das für die ärztliche Mission so überaus freigebige Gesetz der Niederländischen Kolonialregierung mit vorbereiten helfen, das 1906 erschien und in seiner Großzügigkeit bisher von keinem Volk der Welt erreicht worden ist. Nach diesem Gesetz[2]) gewährt die

[1]) Gestorben 20. Juni 1928. Sein Bild siehe Tafel 30.

[2]) A. de Gaay Fortman: Die Niederlande und die ärztliche Mission. Die ärztliche Mission 1908. S. 44 ff.

Niederländische Kolonialregierung $^2/_3$ der Kosten für den Erwerb von Grund und Boden, Bau und erste Einrichtung der Missionsspitäler, einen nach fünf Gruppen abgestuften Jahresbeitrag, einen Jahresgehalt von 5000 ℳ für den europäischen Missionsarzt, die Hälfte für den einheimischen Hilfsarzt und entsprechende Beträge für europäische und inländische Krankenschwestern. Merkwürdigerweise haben die Holländer in ihrer Kolonie Surinam noch keinen einzigen Missionsarzt; sie suchen aber jetzt einen Leprologen für dort. Zurzeit stehen 24 holländische Missionsärzte in Java an der Arbeit.

Auch Dänemark hat unserm europäischen Konzert eine besondere Note verliehen. Es besteht dort nämlich ein christlicher Ärzteverein, der es sich seit 27 Jahren zur Aufgabe gemacht hat, die ärztliche Mission auf dänischen Missionsfeldern in jeder Weise zu unterstützen. Unter der rührigen Leitung seines Vorsitzenden Dr. N. Chr. Schmidt hat dieser Ärzteverein bei der Aussendung von 25 ärztlichen Kräften, 18 Männern und 7 Frauen, mitgewirkt durch Errichtung von Hospitälern und Anschaffung von Instrumenten. Dieses spontane Vorgehen einer Ärztegruppe steht einzig da in der Geschichte der ärztlichen Mission.[1]) Jetzt arbeiten etwa 18 dänische Missionsärzte im Frontdienst.

Das Grenzland Elsaß brachte den vielgenannten europäischen Missionsarzt hervor, dessen Buch: „Zwischen Wasser und Urwald" in 6 Sprachen übersetzt das meistgelesene aller missionsärztlichen Werke ist. 1913 verließ der 38jährige Privatdozent der Theologie, Philosoph, Orgelvirtuose und Verfasser der besten Bach-Biographie, Dr. Albert Schweitzer,[2]) als approbierter Arzt Straßburg, die „wunderschöne Stadt", die Stätte seiner bisherigen Wirksamkeit, und gründete 300 Kilometer von der Küste Westafrikas entfernt in Lambarene am Ogoweström ein Negerspital für 40 Betten. Es wurde 1924 nach 6jähriger Unterbrechung der Arbeit von ihm aufs neue eröffnet und wird jetzt von 3 Ärzten und 2 Pflegerinnen bedient. Hungersnot und eine überraschend einsetzende Dysenterie-Epidemie brachten die Ärzte in die schwierigste Lage in dem schon überfüllten Krankenhaus, das noch keine Isolierbaracken für akute Infektionskrankheiten und keine genügenden Unterkunftsräume für Geisteskranke, Aussätzige und Schlafkranke hatte. In dieser Not faßte Albert Schweitzer den Entschluß, das ganze Anwesen 3 Kilometer stromaufwärts zu verlegen. Mit unsäglicher Mühe wurde der Plan durchgeführt. Jetzt bietet die neue Spitalanlage Raum für 200 eingeborene Patienten und in einem besonderen Gebäude auch Platz für europäische Kranke. Das Werk Schweitzers ist überkonfessionell und international. Er ist der Überzeugung, daß die humanitären Aufgaben in der Welt den Menschen als solchen, nicht als den Angehörigen einer bestimmten Nation oder Konfession, nahegebracht werden müssen. In dem Bestreben, sein Leben den Kranken unter fernen Sternen zu weihen, beruft er sich auf „die Barmherzigkeit, die Jesus und die Religion befehlen". Nicht als „ein gutes Werk", sondern als eine „unabweisliche

[1]) Berlin, E.: Skandinavische ärztliche Mission. Die ärztliche Mission 1927, Nr. 1.

[2]) Siehe Tafel 24.

Pflicht" gegen die farbigen Elenden soll das, was zu tun ist, erscheinen. Wenn der Neger nach schwerer Operation aus der Narkose erwacht, erzählt er ihm, daß es der Herr Jesus ist, der dem Doktor und seiner Frau geboten hat, zu ihm zu kommen, und daß weiße Menschen in Europa ihm die Mittel dafür darreichen, um dort für ihn zu leben. Schweitzers Buch, das ebenso den Arzt wie den Laien interessiert, hat eine wertvolle Fortsetzung in den drei Heften: „Mitteilungen aus Lambarene" erhalten. Schweitzer selbst ist organisatorisch so reich begabt, daß er, ohne eine aussendende Missionsgesellschaft hinter sich zu haben, auf eigenen Füßen stehend sein Werk durch seinen Freundeskreis erhalten kann. Dies Vorgehen ist so außergewöhnlich, daß es nicht als Norm und Vorbild für andere dienen kann.

Deutschland hat im Spiegel dieser Rundschau einen Aktivposten nach der Richtung hin zu buchen, daß es verhältnismäßig frühzeitig den Freundeskreis der ärztlichen Mission im deutschen Sprachgebiet durch Gründung von 14 Vereinen organisiert und in dem Deutschen Institut für ärztliche Mission eine Zentralstelle für seine missionsärztlichen Bestrebungen geschaffen hat. Ihre Vorkämpfer waren beschämenderweise nicht Ärzte, sondern ein Großkaufmann und ein Oberlehrer. Die erste Zeitschrift für ärztliche Mission auf dem Kontinent wurde allerdings von einem Arzt, von Dr. med. H. Feldmann 1906 gegründet und wird seit 1920 von dem Tübinger Institut herausgegeben. In seinem Tropengenesungsheim hat es eine einzigartige Heilstätte für die krank zurückgekehrten Missionsarbeiter erhalten, um die uns viele Völker beneiden. 30 evangelische Missionsärzte stehen zurzeit (Stichtag 10. Oktober 1928, Erscheinen dieses Buches) im Dienst der deutschen Mission.

Auch in der römisch-katholischen Kirche ist in neuester Zeit ein edler Wetteifer entbrannt, mehr als bisher in der missionsärztlichen Fürsorge zu tun. So ist vor 6 Jahren in Würzburg von Dr C. Becker, S.D.S., dem früheren apostolischen Präfekten von Assam, und Prof. Dr med. Förster, Chefarzt vom Juliusspital in Würzburg, das erste katholische missionsärztliche Institut der Welt eröffnet worden, das Herbst 1928 sein neues Institutsgebäude einweiht.

Den Beitrag der übrigen kontinentalen Völker Europas zur ärztlichen Mission können wir nur in kurzen Zahlen andeuten und erhalten dann folgendes Gesamtbild seiner heimatlichen Basis:

Zahl der Missionsärzte von	Deutschland	30
„ „ „	„ Holland	24
„ „ „	„ Dänemark	18
„ „ „	„ Schweden	8
„ „ „	„ Frankreich[1])	3
„ „ „	„ Norwegen	2
„ „ „	„ Finnland	1
„ „ „	der romanischen Schweiz	3
		89

[1]) Einschließlich Dr A. Schweitzer.

So hat der europäische Kontinent die im Vergleich zu den britischen und amerikanischen Leistungen äußerst bescheidene Zahl von 89 aktiven Missionsärzten aufzuweisen. Als europäische Hilfskräfte dienen ihnen die hervorragend tüchtigen Diakonissen der zuerst auf deutschem Boden entstandenen Diakonissenanstalten und eine Anzahl von Diakonen und Hebammenschwestern.

Numerisch mehr als sechsmal so stark ist der von **Groß-Britannien** ausgehende Einfluß der ärztlichen Mission, der jahrzehntelang richtunggebend gewesen ist. England hat das Verdienst, daß seine Ärzte und Medizinprofessoren, seine Kaufleute, Bankiers und Minister, kurz die Vertreter von Wissenschaft und Intelligenz, sich von Anfang an in großzügiger Weise in den Dienst seiner missionsärztlichen Bewegung gestellt haben. Wie dieses Feuer in den Brennpunkten Edinburg und London entstanden ist, können wir in dem Artikel von Oberreallehrer Kammerer in diesem Buch nachlesen.[1]) Dr Peter Parker war es, der die brennende Fackel nach England trug. Durch seine feurige Werbekraft entstand im Jahre 1841 die erste missionsärztliche Gesellschaft, die Edinburgh Medical Missionary Society, die noch heute in ihrem Millner- und Livingstone Memorial zwei blühende Studentenheime unterhält, aus denen bereits über 250 Missionsärzte in alle Welt gegangen sind. 48 von ihnen traten in den Dienst der Londoner Mission, 33 gingen zur Church Missionary Society, 30 zur Free Church of Scotland usw. Sie unterhält in Edinburg auch eine Poliklinik unter der herabgekommensten, unliebenswürdigsten und am meisten vernachlässigten Bevölkerung der Stadt, wo die Missionsmediziner und -medizinerinnen in 8 ärztlichen Fach-Abteilungen nicht nur medizinisch und evangelistisch ausgebildet, sondern auch zur Leitung der Jugend beiderlei Geschlechts bei sportlichen Veranstaltungen herangezogen werden. Die Poliklinik hat im letzten Jahre 9504 Patienten behandelt. Die genannte Gesellschaft treibt auch selbständig ärztliche Mission und zwar seit 1861 in ihrem Krankenhaus in Nazareth, Palästina, und seit 1866 in ihrem Hospital zu Damaskus. Beide sind für 50 Betten eingerichtet. Zurzeit stehen 61 frühere Studenten der Edinburger Anstalt als Missionsärzte im Frontdienst. Zahlreiche originelle Charaktere sind unter den schottischen Missionsärzten zu finden. Ich erinnere nur an Dr Duncan Main[2]), der die großartige missionsärztliche Anlage in Hangtschau, China, geschaffen hat. Er fing seine studentische Laufbahn damit an, daß er eine eigenartige, ihm von einem baumstarken Irländer in einer Schnapskneipe angebotene Wette annahm. Der Trunkenbold sagte ihm, er glaube nicht an Christus und würde nur dann vom Schnapstrinken ablassen und Christ werden, wenn der Herr Student ihn auf seinen eigenen Schultern in die 20 Minuten entfernte Wohnung tragen werde. Main vollbrachte die Tat, aus dem Trinker wurde ein ehrlicher Christ.

---

[1]) Siehe Seite 15.

[2]) Kingston de Gruche: Dr. Apricot of Heaven Below. (Lebensgeschichte von Main). Marshall Bros. London 1911. 4 sh.

Die Londoner missionsärztlichen Verhältnisse sind vielseitiger gegliedert, wurden aber erst viel später entwickelt. Hier war es Dr. James L. Maxwell,[1]) der die entscheidende Rolle gespielt hat. Er wurde als junger Arzt durch einen Patienten, den er im Brompton-Hospital in London behandelte, und der täglich für ihn betete, im Jahr der großen Erweckung in England 1859/60 für Christus gewonnen und schloß sich dem schon 1841 in Edinburg gegründeten ärztlichen Gebetsbund an. 1868 ging er als erster Missionsarzt auf die damals noch holländische Insel Formosa, wo er 17 Jahre in großem Segen gewirkt hat, bis er krank in die Heimat zurückkehren mußte. Inzwischen war 1878 die London Medical Missionary Association gegründet. Sie berief den Dr. Maxwell als ihren ersten Direktor. Seine ihm ebenbürtige Gattin wurde Hausmutter des Studentenheims, aus dem bisher 84 Missionsärzte hervorgegangen sind, darunter 25, die ihr Lebensberuf nach China geführt hat. Unter ihnen befinden sich auch die beiden tüchtigen Söhne Maxwells, von denen der eine von Schanghai aus den Missionsärzte-Verein Chinas mit seinen 499 Mitgliedern leitet und die vorzügliche Monatsschrift „The China Medical Journal" herausgibt. Der andere ist als Gynäkologe am Union Medical College in Peking tätig.

Für die Ausbildung von Missionsärztinnen bestehen in London zwei eigene Anstalten, nämlich das Zenana Medical College und das Mildmay Training Home. Für die einjährige medizinische Ausbildung von Missionaren wurde 1893 in London das Livingstone-College gegründet. So hat diese Metropole vier verschiedene Ausbildungsstätten für missionsärztliches Personal. Die London Medical Missionary Association nimmt auch für sich den Ruhm in Anspruch, das älteste, noch jetzt bestehende protestantische Missionsspital der Welt gegründet zu haben, das 1824 in Jerusalem von Dr. Dalton für die Juden errichtet wurde. Es hat jahrelang seine Pforten schließen müssen. Jetzt enthält es 60 Betten in vorzüglichen Gebäuden mit eigener elektrischer Lichtanlage und Röntgeneinrichtung.

Der British Advisory Board on Medical Missions, gegründet am 14. Juli 1916, bearbeitet die Gesamtprobleme der britischen ärztlichen Mission. Zurzeit senden 43 britische Missionsgesellschaften Ärzte aus. Ihre Zahl beträgt 518.

Den zahlenmäßig stärksten Einfluß übt die nordamerikanische ärztliche Mission aus, die große Vorzüge und große Schwächen zeigt. **Nord-Amerika** hat das Verdienst, den ersten Missionsarzt durch eingehendes Studium der Theologie und der Medizin besonders für seinen Beruf ausgebildet und ausgesandt zu haben. Es hat in Dr. Peter Parker[2]) den richtigen Mann für diese Doppelaufgabe gefunden. Parker wurde 1804 in Framingham Mass. in Nordamerika geboren, studierte an der berühmten Yale-Universität und wurde im Juni 1834 vom American Board nach Canton ausgesandt. Er

[1]) Siehe Tafel 24.
[2]) Siehe Tafel 24.

zeichnete sich besonders als Chirurg und Augenoperateur aus und verstand es, in einer von Fremdenhaß, altchinesischem Hochmut und Opiumschmuggler-geist beherrschten Bevölkerung festen Fuß zu fassen. In einem gemieteten Haus eröffnete er zunächst eine Augenklinik. Am ersten Tag kam kein Mensch, am zweiten Tag nur eine alte Frau mit Glaukom (grünem Star). Aber bald stauten sich die Patienten so vor seinem Haus, daß sie die Nacht auf der Straße kampieren mußten, um am andern Tage sicher vorgelassen zu werden. Als Dr Parker dann bei einem Patienten wegen Krebs gar eine Oberarm-Amputation in einer Minute ohne Narkose (diese war damals noch nicht erfunden) mit Erfolg ausführte, als die Wunde ohne Eiterung heilte, und der Patient nach 6 Tagen wieder herumlief, war sein Ruhm gemacht. Nach dreijähriger Tätigkeit gelang es ihm, eine missionsärztliche Gesellschaft für sein Canton-Hospital zu gründen. Beim 80jährigen Jubiläum dieses Kranken-hauses wurde u. a. mitgeteilt, daß die dreitausendste Blasenstein-Operation dort ausgeführt worden sei. Welches Krankenhaus der Welt kann solches aus seinen Annalen berichten? 53 000 Patienten sind durch Parkers Hand gegangen. Kein Wunder, daß für ihn das geflügelte Wort geprägt wurde: „Er hat die Türen Chinas mit der Lanzette geöffnet zu einer Zeit, als die europäischen Kanonen nichts vermochten." Nach dem großen Erfolg in London und Edinburg, den er auf seiner ersten Urlaubsreise erzielt hatte, gründete er auch in Neuyork eine missionsärztliche Gesell-schaft, die für Missionsmediziner eine Ermäßigung der Studiengelder er-wirkte, aber keinen langen Bestand hatte, sondern sich bald wieder auflöste. Ein Prophet gilt nichts in seinem Vaterlande! Parker kehrte nach Canton zurück und trat 1844 nebenamtlich in den amerikanischen Konsulatsdienst als Dolmetscher ein, in dem er bis 1857 tätig war. Dann kehrte er dauernd in die Heimat zurück, wo er im Jahre 1888 in Washington D. C. gestorben ist. Sieben Jahre vor seinem Ende erlebte er es noch, daß der polnisch-amerika-nische Missionsarzt Dr G. D. Dowkonnt eine Internationale missionsärztliche Gesellschaft in Neuyork gründete. Im Lauf der Zeit brachte diese Vereinigung es auf 50 Studenten in einem Jahr-gang, welche auf den verschiedenen Hochschulen Neuyorks ermäßigte Kolleg-honorare zu zahlen hatten. Aber auch diese Gesellschaft ging aus Mangel an Mitteln wieder ein, bis im Jahre 1895 in Chicago und in Battle Creek Mich. die aus ihr hervorgegangene amerikanische missionsärzt-liche Hochschule vom Staate Illinois das Privilegium zur Erteilung des medizinischen Doktortitels erhielt. Bis zum Jahre 1908 sind 343 Studenten in diese Hochschule aufgenommen worden, von denen 177 ihren Studiengang beendet haben und als Missionsärzte nach China, Japan, Indien, Persien, Südafrika, Westindien, Mexiko, Neuseeland und Australien ausgezogen sind.

Eine dritte von Amerika ausgehende Vereinigung, die International Medical Missionary and Benevolent Association, die im Jahre 1903 noch 9 Missionsärzte und 2 Ärztinnen in der pazifischen Inselwelt unterhielt, ist ebenfalls wieder eingegangen. Wir sehen, wie

schwierig es ist, die freiheitliebenden Amerikaner unter einen Hut zu bringen. Einen großen Fortschritt bedeutete es, als im Jahr 1923 von oben herab eingegriffen, d. h. von dem Committee of Reference and Counsel of the Foreign Missions Conference of North America (dem Ausschuß und der Ratsversammlung der amerikanischen Missionen) ein Medical Advisory Committee (ärztlicher Beirat) eingesetzt wurde, welches die Leitungen der aussendenden Missionsgesellschaften von Nordamerika in ärztlichen Angelegenheiten vertreten soll. Dieses Komitee berät die Missionsärzte während ihres Urlaubs in den Fragen der ärztlichen Fortbildung, nimmt sich der krank heimkehrenden Missionsarbeiter an, eröffnet missionsärztliche Ausstellungen beim amerikanischen Ärztekongreß und schickt hervorragende Professoren der Medizin als Austauschprofessoren an die Pekinger Medizinische Hochschule und ähnliche Anstalten. Bei der großen Missions-Konferenz in Nord-Amerika berieten im Februar 1926 in Baltimore 45 Missionsärzte, 17 Missionsdirektoren, 10 Missionsmediziner und 18 Pfarrer 3 Tage lang auf Grund von eingehenden Referaten über die jetzige Lage der ärztlichen Mission. Bei dieser Gelegenheit machten die beiden Missionsärzte Dr Mark Ward, der ärztliche Missionsdirektor des American Congregational Board, und Dr Ralph H. Pinho von Detroit,[1]) den Vorschlag, entweder das schon bestehende Medical Advisory Committee auszubauen, oder eine American Medical Missionary Association zu gründen, die dann mit den ähnlichen Gesellschaften in England, Deutschland, China, Indien usw. zu einem internationalen missionsärztlichen Verband zusammengefaßt werden könnte. Bis jetzt ist sie nicht zustande gekommen.

Zurzeit zählt Nordamerika mit Kanada rund 700 Missionsärzte.

Wenn wir das Ergebnis der bisherigen Untersuchung zusammenfassen, so stellt der europäische Kontinent . . . . . 89 Missionsärzte

Groß-Britannien	518	„
Amerika	700	„
	1307	Missionsärzte

Welch ein Wachstum bedeutet diese Zahl von über 1300 Missionsärzten, wenn man die erste im Jahre 1850 von Dr Brodie veröffentlichte Liste von Missionsärzten ansieht, die nur 40 Namen enthält!

II.

Über den ärztlichen Zweig der Weltmission besitzen wir 8 fortschreitend ausführlicher werdende statistische Übersichten aus den Jahren 1900, 02, 03, 10, 16, 22, 25 und 27.[2]) Wir wollen uns an die Angaben im Welt-

[1]) Foreign Miss. Conf. of North America. Medical Work. Neuyork 1926. Seite 397 ff.

[2]) Siehe statistische Quellen, Ausländische missionsärztliche Literatur. S. 241.

Missionsatlas[1]) von 1925 mit seinen 1157 Missionsärzten halten, da das Directory of Medical Missions[2]) vom Jahre 1927, das erste Handbuch der ärztlichen Mission, noch nicht alle nötigen Zahlen bringt und die von uns für den jetzigen Zeitpunkt ermittelte Zahl von 1307 Missionsärzten noch keine bindenden Schlüsse für Einzelfragen zuläßt.

Bei der Besprechung der **geographischen Verteilung**[3]) kommt die Hauptmasse der Missionsärzte auf Asien, nämlich 917. Dann folgt in weitem Abstand Afrika mit 157, die Inselwelt im Stillen Ozean mit 53 und endlich Lateinisch-Amerika mit 30 Missionsärzten. Weitere statistische Angaben bringen die am Schluß dieses Buches abgedruckten Tafeln über den Stand der ärztlichen Mission im Jahr 1900, 1916 und 1923.[4])

Es ist interessant zu beobachten, wie verschieden sich die asiatische Missionsärztegruppe auf die einzelnen Länder des Kontinents verteilt und wie sehr die Aufgaben mit den Verhältnissen wechseln.

Wir wollen mit dem Land der aufgehenden Sonne beginnen. Hier stoßen wir auf die Tatsache, daß die ärztliche Mission in **Japan** ihre Rolle bereits ausgespielt hat. Im Jahre 1903 standen dort noch 15 Missionsärzte, darunter eine Frau, in der Arbeit. Nunmehr sind es nur noch 4, von denen 3 in Tokio am St. Luccs-Hospital mit seinen 110 Betten tätig sind. Dieses Krankenhaus hat bereits über 1000 japanische Krankenschwestern ausgebildet. Das zweite, kleinere Missionskrankenhaus steht in Osaka und wird von einem Arzt bedient. Die ärztliche Wissenschaft hat im Stammlande Japan schon festen Fuß gefaßt, sodaß es als gleichberechtigt mit den andern westlichen Staaten anerkannt wird. Dies dokumentierte sich in der ärztlichen Wissenschaft jüngst auch darin, daß im Jahre 1926 der 6. Fernöstliche Kongreß für Tropenmedizin in Tokio abgehalten wurde. Seit 1884 gibt es auch schon japanische Missionsärzte, die an ihrem eigenen Volke wirken. In der japanischen Kolonie Formosa stehen 6 Missionsärzte an 3 Hospitälern und in dem eroberten Korea arbeiten 19 Missionsärzte (darunter 2 Frauen) an 15 Hospitälern.

Das klassische Land für die ärztliche Mission ist **China**. Unter seinen 438 Millionen Menschen arbeiten 381 Missionsärzte und 118 Ärztinnen, zusammen 499. Ihre Zahl stieg vom Jahre 1903 bis 1923 auf mehr als das Doppelte. Während der Boxerwirren (1900) wurden vier Missionsärzte grausam ermordet und 24 Missionsspitäler niedergebrannt. Damals gab es erst 100 Missionsärzte in China. Das Märtyrerblut war der Same für eine reich aufgehende Saat!

[1]) Der World Missionary Atlas, London 1925, gibt im Durchschnitt die Zahlen von 1923.

[2]) World Dominion Press 1927, London E. C. 4.

[3]) Ch. H. Fahs: The Geographical distribution of Medical Missionaries. For. Miss. Conf. of North America. Medical Work 1926. S. 319 ff.

[4]) Siehe Seite 234 ff.

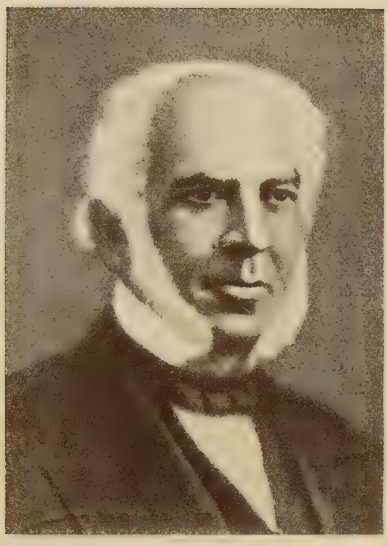
Aber die Verteilung der 327 in China befindlichen Missionskrankenhäuser mit ihren 16 608 Betten ist, vom Standpunkt Chinas aus gesehen, eine höchst ungerechte. Hier macht sich die geschichtlich entstandene Vielgestaltigkeit des evangelischen Missionslebens unangenehm bemerkbar. Es ist ja verständlich, daß zunächst die großen Hafenplätze, dann die großen Wasserwege des Jangtse und Huangho und endlich wichtige Eisenbahnlinien für die Wahl des Ortes bestimmend waren. So sind die Provinzen Fukien und Kwangtung im Süden Chinas, die Provinzen Schantung, Tschili und Mandschurei im Norden, Kiangsu und Szechuan im Westen, sowie Hupe und Hunan im Zentrum verhältnismäßig reich mit Missionshospitälern versorgt, während Kweitschau, Yünnan und Kwangsi im Süden, Schensi und Kansu im Norden, sowie Anwhei und Kiangsi im Zentrum sträflich vernachlässigt worden sind. Jedenfalls sollte der Unfug aufhören, daß in einer großen Stadt viele z. T. schlecht ausgerüstete und mit Geldsorgen ringende Missions-Krankenhäuser nebeneinander bestehen, die, vereinigt, weit mehr leisten könnten. So gibt es in einer Stadt 7 Missionsspitäler verschiedener Gesellschaften, von denen kein einziges genügend ausgerüstet ist. In einer andern Stadt arbeiten 5, in einer andern 4 Spitäler. Hier ist eine durchgreifende Reform am Platze.

Im einzelnen verteilen sich die Missionskrankenhäuser Chinas nach Dr J. L. Maxwell[1]) in folgender Weise auf die zum Teil 30—50 Millionen Einwohner enthaltenden Provinzen:

	Spitäler:		Spitäler:
Fukien	44	Tschekiang	14
Kwangtung .	38	Schansi . .	11
Kiangsu	29	Anwhei . .	8
Mandschurei .	28	Kwangsi .	5
Tschili	27	Kansu . . .	3
Schantung . .	26	Kiangsi . .	3
Szechuan . . .	25	Sinkiang .	3
Hupe	23	Schensi . .	3
Hunan	16	Yünnan . .	3
Honan	16	Kweitschau	2
			327

Für die moderne Missionsstrategie ergibt sich als zwingende Forderung der Gerechtigkeit, daß für die bisher vernachlässigten Provinzen mehr getan werden muß. Hier kann der im Jahre 1886 gegründete Missionsärzte-Verein Chinas (China Medical Missionary Association), der bei der Zersplitterung der Medizinschulen schon einmal tatkräftig eingegriffen hat, weiter bahnbrechend wirken und auf die aussendende Christenheit aufklärend wirken. Er hat auch das Vorrecht gehabt, das medizinische

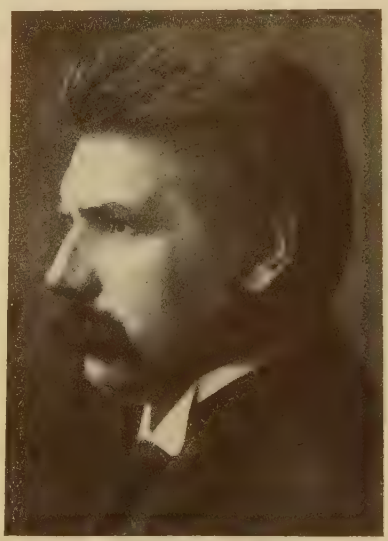
[1]) Foreign Missions Conference of North America, Report Neuyork 1926, S. 324.



Dr. Peter Parker, der erste amerikanische Missionsarzt, geb. 1804, ausgesandt 1834, gest. 1888

Dr. J. L. Maxwell, der erste Direktor der London Medical Missionary Association

Frau Dr. A. R. Cook, in Mengo, Uganda

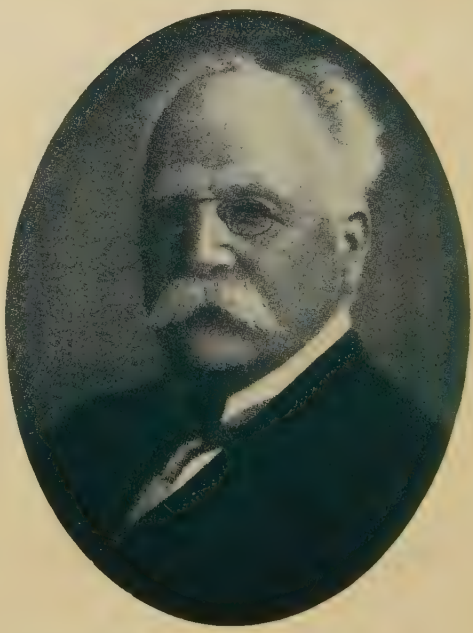


D. Dr. Albert Schweitzer, geb. 14. 1. 1875

Sanitätsrat Dr. W. Frobenius, erster deutscher Missionsarzt (Barmen) auf Neu Guinea, geb. 28. 6. 1855, gest. 21. 1. 1927

Dr. E. Liebendörfer, erster deutscher Missionsarzt (Basel) für Indien, geb. 16. 2. 1852, gest. 3. 10. 1902

Armauer G. Hansen, Entdecker des Leprabazillus, gest. 12. 2. 1912



Wellesley C. Bailey, der Begründer der Aussätzigenmission

Hochschulwesen jahrzehntelang allein zu führen, bis er sich im Februar 1923 mit dem nationalen chinesischen Ärzteverband vereinigte. Seitdem arbeitet er gemeinsam mit ihm an der Förderung dieser großen Aufgabe. Seit einem Jahrzehnt nennt er sich übrigens China Medical Association, hat aber eine besondere missionarische Abteilung eingerichtet.

Welche ungeheure wissenschaftliche Vorarbeit die Missionsärzte für die chinesische Regierung und das Chinesenvolk nach dieser Richtung hin geleistet haben, geht allein schon aus dem Sprach- und Übersetzungsproblem hervor. Die Mehrzahl unserer modernen medizinischen Fachausdrücke gab es ja weder in der chinesischen Sprache noch in ihrer mehr als 44 000 Zeichen enthaltenden Schrift. Hier galt es Neues zu schaffen. Schon Dr Parker hat den Versuch gemacht, chinesische Assistenten für sein Hospital heranzubilden. Aber nur zwei seiner Schüler haben sich bewährt. Einer von ihnen, Dr Wong A Fun, hat in Edinburg eine vollständige medizinische Ausbildung erhalten und starb nach erfolgreicher Lebensarbeit genau ein Jahrzehnt vor seinem Lehrer. Der erste Missionsarzt, der es versuchte, eine medizinische Terminologie in Chinesisch zu schaffen, war Dr Hobson in Canton. Er übersetzte und veröffentlichte von 1850—1858 eine Serie von medizinischen Textbüchern. Dann hat einer seiner Nachfolger, Dr Kerr, die Sache wieder aufgegriffen und von 1871 bis 1898 zahlreiche Übersetzungen medizinischer Werke und verschiedene medizinische Wörterbücher in Englisch-Chinesisch herausgegeben. Andere Missionsärzte in Futschau, Peking, Hangkau und Schanghai folgten seinen Fußtapfen. Da aber jeder seine eigene Nomenklatur ausgearbeitet hatte, so entstand eine heillose Verwirrung, bis der obengenannte Missionsärzte-Verein Chinas eingriff und auf seiner ersten Konferenz im Jahre 1890 ein Terminologie-Komitee einzusetzen beschloß. Die erste Sitzung dieses Komitees fand erst 1901 statt. Man beriet über die alten und neugebildeten Worte und Zeichen, zunächst für die grundlegenden Fächer: Anatomie, Histologie, Physiologie und Arzneimittellehre. Die vereinbarten Ausdrücke wurden sofort in einer Druckschrift veröffentlicht. In ähnlicher Weise wurden 1904 und 1905 die klinischen Fächer der Medizin durchberaten. Bei der zweiten Konferenz des Missionsärzte-Vereins Chinas, die 1905 tagte, wurde die Einsetzung eines Pressekomitees beschlossen, das auf Grund obiger Terminologie die nötigen Lehrbücher übersetzen sollte. 1907 krönte der Verein sein Werk damit, daß er einen sprachbegabten Missionsarzt, Dr Ph. B. Cousland, ganz für die Übersetzungsarbeit frei machte und unterhielt. So entstand das chinesisch-englische Lexikon medizinischer Fachausdrücke,[1]) das die grundlegende Sprachарbeit für China geleistet hat, auf der die chinesische Reichsmedizinalbehörde später weiterbauen konnte. Es würde zu weit führen, hier den Kampf zu schildern, den die Missionsärzteschulen Chinas

[1]) English-Chinese Lexicon of Medical Terms compiled by Ph. B. Cousland, M. B., C. M., E. D. Shanghai, 1908. Am. Presb. Miss. Press.

unter sich darüber ausgefochten haben, ob sie den medizinischen Unterricht in englischer oder in chinesischer Sprache halten sollten. Die Entscheidung fiel in den meisten Fällen für Englisch. So wählte Peking die englische Sprache, während z. B. die aus 13 Missionen vereinigte Medizin-Hochschule in Tsinanfu mit ihren 17 Professoren (lauter Missionsärzten) bewußt den chinesischen Mandarindialekt als Unterrichtsprache annahm. In deutscher Sprache wird in China nur an der Tung-chi-Medizin-Hochschule in Schanghai unterrichtet, die mit der Mission nicht in Verbindung steht.

Im Jahre 1881 wurde auf Veranlassung des bekannten Vizekönigs Li Hung Chang, dessen Gattin von dem Missionsarzt Dr. Mackenzie mit Erfolg behandelt worden war, in Tientsin eine Medizinschule mit einem Hospital gestiftet. Aber es zeigte sich nachher, daß die dort ausgebildeten Ärzte noch keine Verwendung in ihrem Heimatland fanden, sie wurden von der Bevölkerung noch abgelehnt. Das Institut mußte in eine Medizinschule für chinesische Marineärzte umgewandelt werden.

1887 folgten die Hongkonger Ärzte mit der Eröffnung einer Medizinschule. Ihr erster Dekan war der berühmte Tropenmediziner und Filarienforscher Sir Patrick Manson,[1]) der schon 2 Jahre einen Missionsarzt in Amoy vertreten hatte und 1923, nachdem er die von ihm gegründete London School of Tropical Medicine[2]) hatte aufblühen sehen, in London gestorben ist. Die Hongkonger Medizinschule war es, in der Dr. Sun Yat sen, der Reformer Chinas, seine medizinische Ausbildung gefunden hat. Sun war Christ mit stark chinesisch-nationalem Einschlag, ähnlich, wie es der vielgenannte „christliche General" Feng ist, der als junger Rekrut den Märtyrertod der Missionare in Taiyüanfu ergriffen mit ansah, später durch zwei Missionsärzte von schwerer Krankheitsnot umsonst geheilt und dadurch bewogen wurde, zum Christentum überzutreten.

Im Lauf der Jahre wurden von den verschiedenen Missionen Medizinschulen eröffnet in Mukden, Peking, Tschengtu, Tschangscha, Hangkau, Nanking, Hangtschau, Schanghai, Futschau, Canton und vielen anderen Orten. Ja, es gab sogar schließlich vier Medizinschulen in China für weibliche Studenten und zwar in Peking, Futschau, Schanghai und Canton. Alle diese Medizinschulen wurden von der Regierung anerkannt, teilweise sogar unterstützt. Am meisten fortgeschritten war das aus der Vereinigung verschiedener Missionsgesellschaften entstandene Peking Union Medical College, das 1906 eröffnet und 1915 von dem China Medical Board der Rockefeller-Stiftung übernommen wurde. Dieser hat mit dem ungeheuren Kostenaufwand von 40 Millionen Mark eine Luxusanlage erstellt, deren Bauten architektonisch harmonieren mit den chinesischen Monumentalbauten Pekings.[3]) 125 Personen sind als Professoren, Abteilungs-

[1]) Siehe Tafel 19.
[2]) Siehe Tafel 19.
[3]) Siehe Tafel 12.

Ärzte, Verwaltungsbeamte und Krankenpfleger angestellt. Ärztliche Fortbildungskurse für ausländische und chinesische Missionsärzte werden durch reichliche Stipendien der Rockefeller-Stiftung ermöglicht. Die Unterhaltung dieser großen Anstalt verschlingt jährlich 2 Millionen Mark.

1903 beschloß der Missionsärzte-Verein Chinas, die vielen Medizinschulen zu reduzieren und auf 8 möglichst erstklassige Anstalten im ganzen Reiche zu beschränken.[1])

Mit Ausnahme der ärztlichen Hochschulen von Canton und Tschengtu liegen alle diese Institute in den Küstenprovinzen oder im Yangtsetal. Der Süden Chinas ist also in dieser wichtigen Angelegenheit sträflich vernachlässigt. Die großen Medizinschulen in Nanking, Hangkau, Sutschau und auch die von der amerikanischen Yale-Universität in Tschangscha errichtete medizinische Fakultät sind wieder aufgehoben.

Es ist das unbestreitbare Verdienst der Missionsärzte des Abendlandes, die Ausbildung der chinesischen Ärzte zuerst in die Hand genommen und auf ein hohes Niveau gebracht zu haben, lange bevor die chinesische Regierung an diese Aufgabe herantrat.

In den letzten Jahrzehnten zeigte sich unter den westlich gebildeten chinesischen Ärzten das Bestreben, ebenfalls Medizinschulen zu gründen, die unabhängig von der Mission als staatliche oder private Anstalten bestehen sollten. Sie haben es bis jetzt im Gegensatz zu Japan noch zu keiner Blüte gebracht, obwohl ihre Leiter geglaubt hatten, daß sie den Anforderungen moderner Medizin und Verwaltung gewachsen seien.

14 staatliche Medizinschulen[2]) hatten auf dem Papier große Verwilligungen erhalten, waren aber bei jedem Regierungswechsel vom Unter-

---

[1]) Es sind dies:

1. Die Shantung Christian University Medical School in Tsinanfu, die in ihren Hospitälern im letzten Jahr 1500 Patienten aufgenommen und 43 000 Konsultationen erteilt hat (amerikanisch-englisch).
2. Das Mukden Medical College, aus 3 in der Mandschurei arbeitenden Missionen entstanden (dänisch-amerikanisch).
3. Pennsylvania St. Johns Medical School, Schanghai, eine Zeit lang in Verbindung mit der Universität Philadelphia, daher der Name Pennsylvania.
4. Womens Christian Medical School (Margaret Williamson Hospital) in Schanghai (amerikanisch), also eine christliche medizinische Frauenfakultät.
5. Hackett Medical College für studierende Frauen in Canton (amerikan.).
6. Hangchow Medical Training College (englisch), gegründet 1882 von Dr Duncan Main und von ihm geleitet bis 1926.
7. West China Christian University Medical College aus 4 Missionen in Tschengtu (Provinz Szechuan) vereinigt (englisch-amerikanisch).
8. Foochow Medical College 1911—1922. Die medizinische Fakultät der dortigen Missionsuniversität wurde im Jahr 1922 wieder aufgehoben.

[2]) Dr E. G. Nauck. Medizinschulen und ärztliche Tätigkeit in China. Münch. Med. Woch. 1928, Nr. 28 und 29.

gang bedroht. Denn die Auszahlung von ausstehenden Gehältern wird von der neuen Regierung mit der Begründung abgelehnt: Die Bezahlung liegt der Rebellenregierung ob. Die Universität in Peking hatte zeitweise nicht einmal Geld, um Kulis und Besen für die notwendigsten Sanierungsarbeiten zu bezahlen. Nur einige haben sich durchgesetzt, ringen aber um ihren Bestand, so die nationale Universität in Peking, die Militärmedizinschule in Peking, die marineärztliche Schule in Tientsin, die japanische Medizinschule der Südmandschurischen Eisenbahn in Mukden und die englische Hongkong-Universitäts-Medizinschule. 1920 kündigte das chinesische Reichsmedizinalkollegium an, daß es für jede der 20 Provinzen moderne medizinische Fakultäten und die Registrierung der approbierten Ärzte anstrebe. Bisher ein vergebliches Bemühen.

Auch einige Provinzialregierungen haben versucht, Medizinschulen zu gründen, z. B. in Wusung bei Schanghai in Verbindung mit der Deutschen Medizinschule, ferner in Sutschau, Hangtschau und Wutschang.

Von den 15 Privat-Medizinschulen, die meist ein kümmerliches Dasein fristen, möchte ich nur das Kwong Wa College in Canton erwähnen, weil es neuerdings der dortigen Sun Yat Sen-Universität[1]) angegliedert ist. Es steht unter der Leitung eines chinesischen Dekans der Medizin, der gut deutsch spricht, und hat 6 deutsche Dozenten der Medizin berufen. Das chinesisch-amerikanische Kung Yee College in Canton ist geschlossen.

Im Verhältnis zur Männerwelt ist für die kranken Frauen in China noch sehr wenig getan. Dr. Balme[2]) berichtet nach einer Umfrage, daß 126 Missionsspitäler Männer und Frauen aufnehmen, 33 Hospitäler nur männliche Kranke und 36 nur weibliche Patienten. Die übrigen Krankenhäuser hatten nicht geantwortet. Die Missionsärztin Dr. Lawney[3]) fand in 10 allgemeinen Krankenhäusern die Patientinnen nur mit 27 % vertreten. Das bedeutet aber nicht eine ablehnende Haltung der Krankenhäuser gegen die Aufnahme von Frauen. Es besteht im Gegenteil für sie mehr Raum, als in Anspruch genommen wird. Der Grund liegt auch nicht darin, daß die Frauenwelt Chinas weniger unter Krankheiten leidet, als die Männer. Im Gegenteil, die Zahl ihrer Krankheiten und die Notwendigkeit einer Krankenhauspflege sind für die Frauen und Kinder weit größer, als für Männer. Aber die chinesischen Frauen wollen sich im allgemeinen noch nicht so gern von Ärzten untersuchen lassen. Hier fehlt es an einer genügenden Anzahl von Missionsärztinnen. Ein chinesischer Pastor machte mit Recht darauf aufmerksam, „daß die Missionsarbeit in der Familie noch zu sehr vernachlässigt würde. Die Zahl der Männer, die Christen geworden sind, ist in

[1]) Siehe Tafel 31.

[2]) China and Modern Medicine. London 1921.

[3]) Foreign Missions Conference of North Amerika, Report Neuyork 1926 S. 353.

China doppelt so groß, als die Zahl der Frauen. Welche Aussichten hat das Christentum, wenn der Mann 4—5mal im Monat zur Kirche geht und seine Frau jeden Tag in den Götzentempel?"

Inbezug auf die medizinische Ausbildung chinesischer Frauen ist seit 7 Jahren ein wesentlicher Wandel eingetreten. Sechs von den obengenannten medizinischen Hochschulen der Mission nehmen auch Studentinnen auf (Coëducation). Während 1920 nur 50 Frauen eine höhere medizinische Ausbildung erstrebten, studierten im Jahre 1925 schon über 400 Chinesinnen Medizin.

1884 ging die erste ausgebildete Krankenschwester in die Mission nach China; 1924 standen 320 Missionskrankenschwestern dort im Dienst. Das sind im Verhältnis zu den 499 Missionsärzten Chinas viel zu wenig, auch im Verhältnis zu den anderweitigen Missionsarbeiterinnen, von denen 13 auf eine Missionsärztin und Krankenschwester kommen.

Anfangs entstanden große Schwierigkeiten bei der Ausbildung chinesischer Krankenpflegepersonen, denn die beiden chinesischen Erbübel, Mangel an Verantwortungsgefühl beim Zusammenarbeiten und Mangel an Treue im Kleinen, traten kraß in die Erscheinung. Die Temperatur wurde nicht genau gemessen, die Verbandstoffe nicht gründlich sterilisiert, die Arzneimittel nicht vorschriftsmäßig verabreicht, in der Apotheke nicht genau abgewogen, bis eines Tages zur größten Überraschung des harmlosen Chinaman die ganze „Fremde-Teufels-Medizin" mit ungeheurem Knall in die Luft flog! Jetzt ist dank der hingebenden Arbeit der Missionsärzte auch dieses schwere Anfangsstadium überwunden. Es gab im Jahre 1923 schon 26 Schulen für die Ausbildung von Krankenpflegepersonal in China mit 149 männlichen und 216 weiblichen Schülern. Ja, im Jahre 1909 wurde ein chinesischer Krankenpfleger-Verein gegründet (Nurses Association of China), der seit 1923 vom Internationalen Krankenpflege-Verband anerkannt worden ist. Sehr fehlt es in China noch an ausgebildeten Gemeindeschwestern, Fürsorgerinnen und Wöchnerinnenheimen. Darin ist Uganda im „dunklen" Afrika ihm weit voraus.

Es würde zu weit führen, wollten wir auf die in China vorhandenen 17 Aussätzigenasyle mit 834 Insassen, 7 Heime für gesunde Kinder von Aussätzigen mit 56 Kindern, 44 Waisenhäuser mit 2472 Pfleglingen und 12 Blinden- und Taubstummenanstalten mit 286 Insassen näher eingehen. Für Geisteskranke wurde die erste Irrenanstalt in China von dem Missionsarzt Dr Kerr in Canton im Jahre 1898 errichtet. Sie ist die einzige gut eingerichtete Nervenklinik Chinas und hat 800 Betten. Doch mußte wegen der in den letzten zwei Jahren in Canton auftretenden Arbeiterunruhen und wegen des Ausbleibens der Regierungszuschüsse eine Abteilung mit 300 Betten geschlossen werden. Am nächsten Tage war an den Mauern der Anstalt folgendes Plakat angeklebt: „Nun haben die Europäer den Beutel voll, nun schließen sie die Anstalt." — „Durch böse und gute Gerüchte!" —

Seit einigen Jahren ist in den Missionskreisen Chinas die Frage der Devolution, d. h. die Übergabe der Arbeit in allen ihren Zweigen an die Chinesen, eingehend erörtert worden. Ist auch die ärztliche Mission schon so weit, daß sie sich zurückziehen kann? Werden unsere Missionsärzte in dem neuen China unter chinesischem Gesetz und unter chinesischer Verwaltung weiterarbeiten können und wollen, oder sollen auch sie ihre medizinischen Anstalten der Kirche oder den Behörden des Landes übergeben? Weder die jetzige chinesische Nationalkirche, noch die Mission ist in der Lage, auf die Dauer die großen finanziellen Lasten zu tragen, die mit der ärztlichen Versorgung der Kranken verbunden sind. Ärztliche Tätigkeit kann nicht getrennt werden von dem Verfügungsrecht über das ärztliche Inventar. Die heimatlichen Missionsleitungen halten sich für verantwortlich für die ihnen übergebenen Missionsgaben. Jung-China denkt hierin ganz anders. Nach chinesischer Auffassung sind die Missionsgaben des Westens für China gegeben, darum nehmen die Chinesen das Recht für sich in Anspruch, auch über die ausländischen Missionsgelder zu verfügen. Hier klaffen also große Gegensätze. Wir sind der Ansicht, daß China noch lange Zeit europäische und amerikanische Missionsärzte für seine Millionen Einwohner nötig haben wird und daß die Chinesen im allgemeinen noch nicht reif und fähig sind, die ärztliche und administrative Verantwortung zu übernehmen. Sie betrachten den ärztlichen Beruf in der Hauptsache noch zu sehr als lukrative Einnahmequelle. Auch ihre wissenschaftliche Befähigung läßt noch viel zu wünschen übrig. Solange der Durchschnitt der chinesischen Ärzte von keiner höheren Berufsauffassung getrieben wird, ist die Zukunft des Medizinalwesens in China noch in Dunkel gehüllt. Denn ein derartig eingestellter Ärztestand steht zu sehr in Gefahr, zu degenerieren, oder in den alten Schlendrian zurückzusinken.

Auch in der öffentlichen Gesundheitspflege lag bis vor kurzem noch alle Initiative in den Händen des Missionsärzte-Vereins von China. Dieser Verein hat außer dem Komitee für Terminologie auch noch andere, für Hospitalverwaltung, für medizinische Forschung, für ärztliche Erziehungsfragen und seit 1910 für öffentliche Gesundheitsfürsorge eingesetzt. Dieses letztere wurde zunächst beauftragt, neue Literatur über die Verhütung von Krankheiten zu schaffen. Zur Verbreitung dieser Schriften hat die Young Men's Christian Association sehr eifrig mitgewirkt. Sie vereinigte sich im Jahr 1920 mit dem Gesundheitskomitee der China Christian Educational Association, der Nurses Association of China und der Young Women's Christian Association zur Gründung des Council on Public Health Education (Rat für öffentliche Gesundheitserziehung), das im Jahr 1924 schon 17 Berufsarbeiter, darunter 2 Europäer, eingestellt hatte.

Über die segensreiche Tätigkeit dieses Gesundheitsrats gibt folgendes Musterbeispiel aus jüngster Zeit treffende Auskunft. In Futschau, der Hauptstadt von der Provinz Fukien, war im Jahre 1919 eine ungewöhnlich schwere Cholera-Epidemie ausgebrochen und hatte die Bevölkerung dezimiert.

Damals gab es noch keine Gesundheitsbehörde, keine Statistik über Erkrankungs- und Todesfälle. Man schätzte die Zahl der Cholerapatienten auf 19 000. In ihrer Verzweiflung schluckten die Kranken alle erdenklichen Arzneimittel oder flohen in die Götzentempel. Der Gouverneur der Provinz stiftete den Priestern 10 000 Dollar, damit sie helfen sollten, und das Volk machte täglich große Prozessionen. Aber die Epidemie breitete sich weiter aus, bis tatkräftige Missionsärzte mit einigen westlich ausgebildeten chinesischen Ärzten ein Cholerahospital eröffneten, in welchem 9000 intravenöse Injektionen mit Kochsalzlösung verabreicht wurden. Der Erfolg war so durchschlagend, daß der Stadtmagistrat den Rat der Missionsärzte für ein weiteres Vorgehen erbat. Diese hielten im Juni 1920 eine aufklärende Gesundheitswoche, in der 247 Versammlungen in den 14 Distrikten der Stadt abgehalten wurden. Die Unkosten für den Werbefeldzug betrugen 14 700 ℳ und wurden bereitwilligst von der Kaufmannschaft zur Verfügung gestellt. Auch hier war der Erfolg durchschlagend. Die Choleraepidemie brach im folgenden Jahre im Innern der Provinz und auf der gegenüberliegenden Insel Formosa wieder aus. Futschau selbst blieb verschont, abgesehen von wenigen von auswärts eingeschleppten Fällen. Im Namen von einer halben Million Chinesen der Hauptstadt wurde darum ein Danktelegramm an den Direktor Dr. Peter des China Council on Public Health Education abgesandt, das folgendermaßen lautete: „Futschau war eine Insel der Sicherheit inmitten einer brandenden See von Gefahren. Dank!"

Nun wurde die öffentliche Presse in Bewegung gesetzt. Schon 1915 begann der Missionsärzte-Verein mit der Einführung der Schulhygiene und stellte ein Gesundheitsprogramm für Schüler auf. 1922 veröffentlichten Dr. Peter und Dr. S. M. Wu einschlägiges Material für niedere, höhere und Hochschulen. Bilder, Lichtbilder und Laufbilder wurden verwandt, Ausstellungen über Kinderhygiene und jährliche Gesundheitswochen wurden abgehalten. Besonderen Beifall in einer Gesundheitsausstellung fand folgende originelle Modelldarstellung: Chinas Krankheitslast wurde versinnbildlicht durch einen Chinesen, der tief gebückt einen schweren Sack trug. Man forderte ihn auf, verschiedene Arbeiten zu verrichten. Er konnte es nicht, weil er zu viel Zeit und Kraft für seine Last auf dem Rücken verschwenden mußte. Nun wurde der schwere Sack geöffnet und in ihm schwere Holzblöcke entdeckt, auf denen die Krankheiten geschrieben standen: Pocken, Cholera, Pest, Typhus, Tuberkulose, Hakenwurmkrankheit usw. Dabei erklärte der Arzt den Zusammenhang von Armut, Unwissenheit und Krankheit. Nachdem nun der Mann von seiner schweren Last befreit war, konnte er auf einmal wieder mehr arbeiten, mehr verdienen, seine Kinder in die Schule schicken, ein besserer Bürger werden. Dann wurden die schweren Holzblöcke zu einer Pyramide aufgebaut. Auf ihrer Spitze erschien ein strahlend junger und gesunder Chinese in Sportkleidung, der fröhlich die chinesische Nationalflagge schwenkte. Die Erklärung an das Volk lautete: Während China bisher nur zu oft unter der Krankheitslast zusammenbrach, ist es

jetzt Herr der Situation und kann Pocken, Cholera und Pest-Epidemien verhüten.

So haben die Missionsärzte auch hier für die chinesische Regierung die Pionierarbeit geleistet.

Die Wahrscheinlichkeit besteht, daß die ärztliche Ausbildung in die Hände der chinesischen Regierung übergehen wird. Denn sie ist ein Teil des großen Erziehungsproblems, das von der Zentrale aus gelöst werden muß. Aber die Leitung der Missionskrankenhäuser wird noch auf lange Zeit den Missionsärzten vorbehalten bleiben müssen, weil China nicht genügend Ärzte stellen kann. Für die etwa 9 Millionen Mohammedaner Chinas besteht erst ein Missionsspital. Auch der Pioniermissionsarzt im Innern des Landes hat immer noch seine Aufgabe. Der Chinese Dr Hu Shih, der sich selbst als Atheist bezeichnet, sagt: „Es gibt keinen Chinesen, der seinen Hut nicht tief abzieht vor dem Pioniermissionsarzt." Die hierzu nötige Selbstlosigkeit und christliche Opferwilligkeit bringen die Chinesen bis jetzt noch selten auf.

Von den asiatischen Ländern wollen wir nur noch auf das zweitgrößte, nämlich **Indien** mit seinen 323 Millionen Einwohnern, näher eingehen. Hier liegen die Verhältnisse total anders, weil das Land seit langem von der englischen Krone regiert wird und daher die großen Fragen der ärztlichen Ausbildung und der öffentlichen Hygiene schon weit mehr gefördert sind, als in China. Aber auch in Indien ist es weder der Regierung noch der Mission bisher gelungen, auch nur einigermaßen dem Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe zu genügen. 90 % der Bevölkerung gehen in Krankheitsnot noch zu dem eingeborenen Medizinmann oder Zauberpriester.

In Indien können wir vier Typen von Missionsärzten unterscheiden:

1. Der Parole der Edinburger Missionsgesellschaft: „Prediget und heilet" entsprechend, begannen die Pionier-Missionsärzte ihre Reisetätigkeit und gründeten dann in zunehmendem Maße Polikliniken, später auch Hospitäler. So hofften sie dem heidnischen Aberglauben und den indischen Quacksalbern am besten entgegentreten zu können und erwarteten von den indischen Christen, daß sie in Krankheitsfällen ihre Zuflucht zu dem wissenschaftlich gebildeten Missionsarzt nehmen sollten. Daß sie sich in ihren Erwartungen nicht getäuscht hatten, beweist der Erfolg.

Aus diesen kleinen Anfängen des Pionierdienstes ist inzwischen eine Massenernte in den Missionsspitälern Indiens herangereift, deren Größe wir kaum zu fassen vermögen. So wurden in dem Missionskrankenhaus Quetta, Beludschistan, das der Church Missionary Society gehört, im Jahr 1927 nicht weniger als 1642 Patienten verpflegt und 70527 ambulant behandelt. Die Operationen beliefen sich in dem Jahr auf 7743, darunter 2743 große. Das Hospital hat in Shikarpur eine eigene Augenklinik, die so überlaufen wurde, daß die Missionsärzte 2 Augenspezialisten aus Amerika zu Hilfe riefen. Diese haben innerhalb 6 Wochen 1205 Staroperationen und 1240 andere Augenoperationen vollzogen! 1891 ließen sich in das Missionsspital Ranaghat

nur 14 Patienten im ganzen Jahr aufnehmen, während an einem Herbsttage 1927 die Zahl der Poliklinikbesucher allein mehr als 1000 betrug. Sie kamen zum Teil aus einer Entfernung auf 20—30 Meilen. Die Gesamtsumme der ambulanten Patienten dieses einen Spitals belief sich im letzten Jahr auf 98 928! Die Mehrzahl der Krankenhaus-Patienten litt unter der schwarzen indischen Krankheit, Kala-Azar genannt. Noch vor 15 Jahren gehörte diese Krankheit zu den Leiden, die unrettbar zum Tode führen. Jetzt können 95 % der Fälle durch intravenöse Einspritzungen von Tartarus stibiatus geheilt werden. Im letzten Jahr wurden im Ranaghat-Hospital 7734 derartige Injektionen ausgeführt.

Der erfolgreichste Pioniermissionsarzt Indiens war der Amerikaner Dr. John Scudder, der von 1819 ab 35 Jahre lang unermüdlich in dem Lande seiner Wahl tätig gewesen ist. 5 Söhne, 1 Tochter und 3 Enkel dieses Mannes wählten den missionsärztlichen Beruf. Eine zweite Tochter gab der originelle Mann dem Schwiegersohn nur unter der Bedingung zur Frau, daß er für das Gehalt eines Missionars dauernd aufkommen würde.

2. Indien ist ein Land, in dem 40 Millionen Frauen in Senanas eingeschlossen leben. Diese Zahl entspricht 2 Dritteln der Einwohnerschaft des Deutschen Reiches. Da diese Senanas den Männern, auch den Missionsärzten, verschlossen sind, so erscholl mit Recht der Ruf nach Ärztinnen. Die grenzenlose Verwahrlosung des weiblichen Geschlechts in seinen Krankheitsnöten veranlaßte die amerikanisch-bischöflichen Methodisten, die erste Missionsärztin Frl. Dr. Klara Swain[1]) 1860 nach Nordindien auszusenden. Wunderbar ist die frauenärztliche Mission aufgeblüht, seitdem in London im Jahre 1876 eine eigene Frauenmissionsgesellschaft (Zenana Bible and Medical Mission) und im Jahre 1880 die Church of England Zenana Mission gegründet wurde. Letztere hat jetzt allein 17 Missionsärztinnen und 19 englische Krankenpflegerinnen im indischen Dienst.

3. Dann trat der Typ von Missionsärzten auf den Plan, der aus den Indern selbst tüchtige Ärzte heranbilden wollte. 70 % der Bevölkerung sind Landbewohner. In den 700 000 Dörfern Indiens kommt auch jetzt noch durchschnittlich nicht mehr als ein wissenschaftlich gebildeter Arzt auf je 50 000 Einwohner. Die Regierung hat zwar versucht, durch Wanderpolikliniken, durch Verteilung von Subsidien an Ärzte auf dem Lande, durch Samariterkurse für die erste Hilfe bei Unglücksfällen, durch Wohlfahrtsämter für Säuglingspflege und Anstellung von Dorfhebammen Abhilfe zu schaffen. Aber bisher wirkte das nur wie ein Tropfen auf einen heißen Stein. Die von der Regierung ausgebildeten eingeborenen Ärzte waren weithin nur aufs Geldverdienen eingestellt und wollten nicht aufs Land. So beschlossen die Missionsärzte Indiens, einen Stab von christlich gesinnten Ärzten, Assistenten und Krankenschwestern heranzubilden, die durch ein gesundes Bibel-

[1]) Siehe Tafel 5.

ſtudium dahin geführt werden ſollten, den Forderungen des Evangeliums entſprechend ein Leben der Selbſtverleugnung und der tatkräftigen Hilfe in Krankheitsnot in den vernachläſſigten Dörfern ihres Landes zu führen. Zunächſt wurden 2—3 Medizinſchüler und einzelne indiſche Krankenſchweſtern in den Miſſionskrankenhäuſern ausgebildet. Die Edinburgh Medical Missionary Society war es dann, die als erſte eine höhere Medizinſchule gründete, das Medical Training Institute in Agra, von wo aus ihre Studenten auch die mediziniſche Fakultät der Regierung beſuchten. Mit dem Tode ihres letzten Leiters Dr. Valentine wurde dieſe Anſtalt 1905 aufgehoben. Die Londoner Miſſion hat vor 50 Jahren ebenfalls eine Medizinſchule eröffnet und zwar in Neijur, Travankor, dem älteſten Sitz chriſtlichen Lebens in Indien, der ſchon im 4. Jahrhundert durch die Neſtorianer beſetzt wurde. Auch die Heilsarmee hatte in demſelben Diſtrikt eine Medizinſchule, desgleichen die Londoner Miſſion in Jammalamdugu im Cuddapah-Diſtrikt. Alle dieſe Schulen mußten ihre Pforten ſchließen, als die Indiſche Regierung durch Geſetz von 1912 und 1914 verfügte, daß die Ausübung der ärztlichen Praxis von der Abſolvierung einer anerkannten mediziniſchen Fakultät abhängig gemacht würde.

Nur drei ärztliche Hochſchulen[1]) der proteſtantiſchen Miſſion konnten den neuen Forderungen der Regierung betreffs Lehrkräfte und Geldmittel gerecht werden und weiter beſtehen bleiben, und zwar — was für die indiſchen Verhältniſſe bezeichnend iſt — zwei ärztliche Schulen für Frauen und

[1]) Die 3 Hochſchulen ſind:

a) Medical School for Christian Women in Ludhiana. Sie iſt der Univerſität in Lahor im Pandſchab angegliedert und arbeitet interdenominationell mit einem Exekutiv-Komitee, das ſich aus verſchiedenen am Ort wirkenden Geſellſchaften zuſammenſetzt. Die Schule erhält reichliche Regierungsunterſtützung in Form von Baugeldern und Jahresbeiträgen.

b) Vellore Women's Medical School. Die ärztliche Frauenhochſchule Vellur iſt an die Univerſität Madras angegliedert. Auch ſie iſt interdenominationell und wird von einem amerikaniſchen Verwaltungskomitee und einem indiſchen Exekutivkomitee geleitet. Sie ſteht vor großen Entwicklungsmöglichkeiten und erhält ebenfalls reichliche Regierungsunterſtützungen.

Der Lehrkörper in beiden Anſtalten beſteht zum größten Teil aus Miſſionsärztinnen. So hat Ludhiana ihrer 8, dazu 4 am Unterricht beteiligte Oberſchweſtern der Miſſion.

c) Die Miraj Medical School, angegliedert an das Regierungsärzte-College in Bombay. Sie wurde 1897 eröffnet in Verbindung mit dem 5 Jahre vorher gebauten Hoſpital der nördlichen amerikaniſchen Presbyterianer und erhielt als einzige für Männer beſtimmte Anſtalt, die unter Leitung der proteſtantiſchen Miſſion ſteht, im Jahre 1917 die Anerkennung von ſeiten der Regierung. Die Unterrichtsſprache iſt Engliſch. 1924 ſtudierten 60 Studenten an ihr, die alle, bis auf 3, Chriſten waren. Da wegen Raummangel 50 % der Bewerber abgewieſen werden mußten, ſo wurde 1926 der Entſchluß gefaßt, die Möglichkeit für die Unterbringung der doppelten Schülerzahl zu ſchaffen.

eine für Männer. Bei dem Zusammenleben der christlichen Studentinnen mit heidnischen Studenten an den staatlichen Fakultäten hatte man so schlechte Erfahrungen gemacht, daß man einsah, man könne tüchtige, auch innerlich qualifizierte christliche Ärztinnen nur heranbilden, wenn man eigene medizinische Fakultäten für indische Christinnen gründete.

Missionsarzt Dr. W. J. Wanleß, der Leiter der Medizinischen Hochschule für Männer in Miradsch, ist nicht nur ein ausgezeichneter Chirurg — im letzten Jahr wurden in seinem Hospital 5500 Operationen vollzogen —, sondern er ist gleichzeitig auch der geniale Dekan der Fakultät und der erste Präsident des 1905 gegründeten Missionsärzte-Vereins von Indien (India Medical Mission Association). Schon 1895 hatten die Missionsärzte Indiens sich ein Organ geschaffen, das jetzt monatlich erscheint unter dem Titel: Journal of the Christian Medical Association of India.

4. Ein besonderes Problem für die ärztliche Mission in Indien bedeuten die 69 Millionen Mohammedaner, die besonders in Bengalen, aber auch in Südindien, in den vereinigten Provinzen und im Pandschab leben. Ihre Unwissenheit konkurriert mit ihrem Fanatismus.

Die Church Missionary Society war es, die im Jahre 1864 mit ihren tüchtigen Missionsärzten Elmslie, Maxwell und den Gebrüdern Neve in Kaschmir ärztliche Mission unter den Mohammedanern zu treiben begann. Es gelang ihnen nicht nur, bei der indolenten und fremdenfeindlichen islamitischen Bevölkerung Eingang für das Evangelium zu finden, sondern auch den widerstrebenden mohammedanischen Maharadscha zu gewinnen. Im Pandschab und an der Grenze von Afghanistan wurde ein ganze Kette von Missionshospitälern angelegt von den Missionsärzten, die den 4. Typus darstellen, den Bahnbrechern in diesen besonders schwierigen Gebieten. Bezeichnend ist der Ausspruch eines Vizekönigs von Indien: „Ein Missionsarzt an der Grenze von Afghanistan ist mir mehr wert, als ein ganzes Regiment Soldaten."

Überblicken wir die Verteilung der Missionsärzte in Indien, so entwickelt sich folgendes Bild. Im Jahre 1858 waren es ihrer nur 7. Als 1882 die Blütezeit begann, standen erst 28 Missionsärzte im Dienst. Ihre Zahl stieg bis zum Jahre 1895 auf 140. Diese arbeiteten damals in 146 Spitälern und Polikliniken. Es standen ihnen 168 eingeborene Assistenten zur Seite. 1903 gab es schon 200 Missionsärzte und -ärztinnen, die sich bis 1923 um weitere 22 Ärzte und 75 (!) Ärztinnen vermehrten, sodaß jetzt im ganzen 297 Missionsärzte das indische Volk bedienen.

Auch an den Aufgaben der öffentlichen Hygiene nimmt die ärztliche Mission in Indien einen hervorragenden Anteil. Missionsärzte waren es größtenteils, die die Führung übernahmen, wenn die englisch-indische Regierung gegen Pocken und Cholera, Pest und Tuberkulose, Aussatz und Kindersterblichkeit vorging. Die Missionen gründeten 8 Lungenheilstätten mit einer Bettenzahl von 600. Die beste ist die von dem skandinavischen

Dr Frimodt Möller in Arogyavaram bei Maranapalle im Tamulenlande erbaute Lungenheilanstalt.

Der Lady Chelmesford Mütterbund und Bund für Kinderhilfe hielt 1926 eine Ausstellung, die tagsüber für indische Frauen und abends für Männer geöffnet war. Eine Temperenzgesellschaft christlicher Frauen hält ihre monatlichen Versammlungen. In den meisten Missionsschulen finden regelmäßige ärztliche Untersuchungen und monatliche Feststellungen des Gewichts der Kinder statt. Im Winter 1925/26 bestimmte der Missionsärzte-Verein Indiens bei seiner „Allindien-Sitzung" ein Komitee, das die Verbreitung der Unsitte, Säuglingen Opium einzuflößen, erforschen sollte. Eigenartige Probleme gibt die Kaste in Indien den Missionsärzten zu lösen, die anderweitig gar nicht existieren. So findet sich das Rückfallfieber manchmal nur in einem einzigen Krankensaal einer Stadt, der die Kranken einer bestimmten Kaste aufnimmt. Da das Rückfallfieber in Indien durch die Läuse übertragen wird, so ist die gemeinsame Infektionsquelle für eine bestimmte Kaste leicht erklärt. Die Ausrottung der Pest wird so lange in Indien mit Schwierigkeiten verbunden sein, als das Leben der Ratten, der eigentlichen Zwischenwirte dieser Krankheit, von der Bevölkerung als heilig angesehen und geschont wird. Ebensolange werden die durch Insektenstiche übertragbaren Krankheiten und die Schlangenbisse auch fernerhin noch Tausende von Menschenleben fordern, die ohne die buddhistische Seelenwanderungslehre leicht erhalten werden könnten. Hier kann das Christentum zur Lösung der Frage wesentlich beitragen. Schon in vielen Städten sind es gerade die Christen, welche den diesbezüglichen hygienischen Anordnungen der Regierung am willigsten folgen, während die übrige Masse noch passiven Widerstand leistet oder heimlich Gegenmaßregeln ergreift.

Im Gegensatz zu China und Indien ist **Afrika** noch weithin vernachlässigt von der ärztlichen Mission. Der afrikanische Kontinent wird jetzt von rund 140 Millionen Menschen bewohnt. Aquatorial-Afrika, das 400 Millionen Einwohner ernähren könnte, hat nur 35 Millionen. Im Kongobecken ist die Bevölkerung im letzten Menschenalter von 26 Millionen auf 13 Millionen zurückgegangen.

Die Gesamtzahl der Missionsärzte in Afrika stieg nach Dr Lerrigo[1]) in den Jahren 1903—1926 von 82 (darunter 9 Frauen) auf 157 (darunter 15 Frauen); dazu kommen 282 ausländische Krankenschwestern.

Ägypten und der Sudan haben 24 Missionsärzte (darunter 2 Frauen), Nigerien und Britisch Kamerun 7, Französisch Kamerun 5, Belgisch Kongo 25[2]) (darunter 1 Frau), Angola 14 (darunter 3 Frauen), Südafrika 12, (darunter 1 Frau). Die übrigen sind auf den Kontinent verteilt.

[1]) International Review of Missions. London 1926. Juli-Nummer.

[2]) Directory of Medical Missions, Headstations and Foreign Staff. London 1927.

In Afrika arbeiten 24 britische, 25 amerikanische, 25 kontinentale (und zwar 13 deutsche, 5 schwedische, 2 norwegische, 2 Schweizer und je eine finnische, belgische und französische Gesellschaft), ferner 4 südafrikanische, 1 westafrikanische, 1 kanadische und 3 internationale, also zusammen 83 Missionsgesellschaften.

Afrika ist der einzige Erdteil, auf dem die Schlafkrankheit endemisch vorkommt, weil nur dort, vom Senegal bis zum Sambesi, der Zwischenwirt, die Glossina palpalis lebt. Der Name des großen Missionsarztes Dr. Livingstone ist in der Geschichte Afrikas mit der Tse-Tsefliege (Glossina morsitans), welche die schwere Form der Schlafkrankheit in Rhodesien überträgt, verankert. Er hat die Tse-Tse genau beschrieben und viel Ungemach um ihretwillen erduldet, denn sie raffte ihm auf einer seiner Reisen 43 seiner besten Zugochsen durch die Nagana fort. Der Erreger der Nagana (Trypanosoma brucei) ist morphologisch nur sehr schwer von dem Erreger der Schlafkrankheit (Trypanosoma gambiense) zu unterscheiden.

In Westafrika grassiert auch jetzt noch das Gelbfieber. Der Entdecker seines Erregers, Prof. Noguchi,[1]) starb am 21. Mai 1928 in Accra auf der Goldküste bei seinen Versuchen mit Gelbfieber; der Leiter des Medizinischen Forschungsinstituts der Goldküste, Dr. Young, obduzierte ihn und muß sich wohl hierbei infiziert haben, denn er starb wenige Tage darnach ebenfalls an Gelbfieber. Zeckenfieber und Aussatz, Framboesie und tropische Wurmkrankheiten, Tuberkulose und Syphilis (letztere hat nach mündlichen Berichten von Inspektor Weichert in manchen Gegenden Afrikas 90 % der Bevölkerung befallen) zehren am Mark der Neger. Dr. Cook gibt die Zahl der Geschlechtskranken in gewissen Gegenden von Uganda mit 84 % an.[2]) Afrika ist das Land des Sklavenhandels, der selbst jetzt noch nicht überall unterdrückt ist. Die Bevölkerung Afrikas wird durch die Branntweineinfuhr der zivilisierten Nationen nach Leib und Seele verdorben. Wer will es ihr verdenken, daß sie aufbegehrt und den weißen Mann aus ihrem Lande fortwünscht?

Bezeichnend ist, daß in Südnigerien, über das zuverlässige Statistiken vorliegen, nur 75 von 1000 Personen das 50. Lebensjahr erreichen, während das Verhältnis in Europa 160 auf 1000 beträgt. In Nigerien sterben mehr als 500 Kinder von 1000, bevor sie das erste Lebensjahr vollendet haben, in Europa nur 75. Auch in relativ zivilisierten Städten, wie in Lagos und Accra beträgt die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr 350 bezw. 483 auf 1000.

Außer den Regierungshospitälern und einigen wenigen ähnlichen Einrichtungen des Roten Kreuzes und privater Gesellschaften sind nur 136 Missionskrankenhäuser auf den großen Kontinent verteilt. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um recht primitive Krankenanstalten, die nur von einem Arzt bedient werden.

Als Beispiel eines überraschend schnellen Aufblühens einer missions-

[1]) Siehe Tafel 30.

[2]) International Review of Missions 1926. S. 525.

ärztlichen Station in Afrika nach anfänglich aussichtsloser Arbeit sei Mengo[1]) erwähnt. Im Jahre 1876 begleitete ein Missionsarzt die erste Missionskolonne nach Uganda; er starb aber, bevor er die Arbeit recht beginnen konnte. Sein Nachfolger traf 1878 in der Hauptstadt Mengo ein, mußte aber noch im selben Jahre wieder heimkehren, da seine Gesundheit unter dem Einfluß des dortigen Klimas zusammenbrach. 20 Jahre hat es gedauert, bis in Mengo das erste Krankenhaus von Dr A. R. Cook[2]) errichtet werden konnte (1897). Wegen der damaligen Transportschwierigkeiten konnten nur die allernotwendigsten Einrichtungsgegenstände mitgenommen werden. Dr Cook machte seine erste große Operation auf einem Feldbett. Seine Instrumente sterilisierte er in einer Bratpfanne, und die ausgekochten Gemüseschüsseln dienten ihm als Instrumentenschalen. Eine sehr geschickte Krankenschwester assistierte ihm bei der wohlgelungenen Operation. Es war Frl. Timpson, die später Frau Dr Cook[3]) wurde und jetzt schon über 30 Jahre mit ihm zusammen arbeitet. Im Jahre 1899 kam sein Bruder als 2. Missionsarzt ihm zu Hilfe. Vom ersten Tage der ärztlichen Tätigkeit an wurden sorgfältige Krankengeschichten geführt. Robert Koch berichtet[4]) über seine Schlafkrankheitsexpedition im Jahre 1906/07: „Die ersten im Gebiet des Victoria Njansa zur Kenntnis gekommenen Fälle von Schlafkrankheit sind von den Missionsärzten Dr A. R. Cook und Dr J. H. Cook im Hospital der Church Missionary Society in Mengo im April beobachtet und dem Gouvernement in Entebbe gemeldet. Den ersten Kranken folgten bald mehr und schließlich so viel, daß sie nicht sämtlich in dem Missionshospital untergebracht werden konnten. Die Regierung beauftragte den Gesundheitsbeamten von Busoga, Nachforschungen über den Stand der Schlafkrankheit anzustellen. Derselbe ermittelte, daß im Lande Busoga und auf den benachbarten Inseln bereits 2000 Menschen an Schlafkrankheit zugrunde gegangen seien. Darauf entsandte die Royal Society in London im Jahre 1902 eine ärztliche Kommission nach Uganda, um die bis dahin ganz rätselhafte Krankheit zu erforschen. Die Bevölkerung Ugandas war von 300 000 Menschen binnen 6 Jahren durch die Schlafkrankheit auf 100 000 Menschen zurückgegangen. Einem der ausgesandten Londoner Ärzte, Dr Castellani, gelang es gegen Ende 1902, bei einem Schlafkranken Trypanosomen zu finden, die als die Erreger der Krankheit nachgewiesen wurden. So haben die Missionsärzte mit den Vertretern der Wissenschaft das dunkle Rätsel aufgeklärt. Im Jahre 1900 mußte in Mengo ein größeres Krankenhaus errichtet werden, das aber bald durch eine Feuersbrunst vollständig zerstört wurde. Mit europäischem Material größer und fester gebaut, erstand es aufs neue und wurde 1910 mit einer Röntgeneinrichtung, 1913 mit einer elektrischen Lichtanlage versehen. An einem Tage des Jahres 1916 beherbergte das Kranken-

[1]) Siehe Tafel 26.
[2]) Siehe Tafel 27.
[3]) Siehe Tafel 24.
[4]) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt, Berlin 1909. 1. Heft.

haus 530 Patienten. 1917 wurde eine Medizinschule für Eingeborene errichtet, die jetzt von der Regierung unterstützt wird und 21 Negerstudenten (2. Klasse) zählt. Im gleichen Jahre wurde auf Anregung der Frau Dr. Cook eine große Entbindungsanstalt mit Hebammenschule erbaut, in der von 1919—1925 schon 3094 Entbindungen und 112 624 Kinderberatungen stattgefunden haben. Die Kindersterblichkeit durch den Geburtsakt sank von 42 auf 5,6 %! Frau Dr. Cook ruhte nicht eher, als bis im Lande zerstreut 22 Wöchnerinnenheime mit je 10—20 Betten eingerichtet waren! 1926 konnte die ärztliche Mission in Mengo ihren Jubiläumsbericht über eine 50jährige Tätigkeit herausgeben.[1]) In einem der letzten Jahre wurden 4936 Krankenhauspatienten und 120 037 polikliniſche Konsultationen registriert. Im Juni 1928 konnte eine Krankenpflegerinnenschule zunächst mit 9 Schülerinnen eröffnet werden. Jetzt stehen 3 Missionsärzte, 4 Krankenschwestern, 1 Apotheker, 1 Elektromonteur und 36 eingeborene Helfer an der Arbeit in Mengo. Die Ausgaben des Jahres 1926 beliefen sich auf 238 563 ℳ.

Eine ähnlich glänzende Entwicklung ist dem Missionshospital der schottischen Freikirche in Livingstonia unter der Leitung des Missionsarztes Dr. Laws beschieden gewesen. Zunächst erstanden um die errichtete Poliklinik herum zahlreiche Hospitalhütten, bis allmählich dauerhafte Häuser errichtet werden konnten. Jetzt stehen auf der Hospitalstation mit ihren für Weiß und Schwarz getrennten Gebäuden zwei aufs modernste eingerichtete Operationssäle mit Röntgenabteilung und zahlreiche Pavillons für Eingeborene.

Von den im Dienst der Mission Romande in Elim, Transvaal, oder in Chicumbane, Portugiesisch-Ostafrika, und in Laurenzo Marquez stehenden Krankenhäusern ließe sich Ähnliches berichten.

Die Zahl der Polikliniken, die von Missionsärzten in Afrika bedient werden, beträgt 387. Im Jahre 1923 wurden in ihnen 1 957 781 Patienten behandelt.

Noch weit zurück ist die ärztliche Mission in Afrika in der medizinischen Ausbildung von eingeborenen Ärzten. Medizinische Hochschulen wie in China oder Indien existieren noch nicht. In Durban (Natal) hat der American Board eine kleine Medizinschule für 6 Studenten. Eine ähnliche Anstalt besitzt die Church of Scotland in ihrem Hospital von Blantyre. In Yakuso, Belgisch-Kongo, hat die Baptist Mission von London eine kleine Medizinschule mit 9 Studenten. Die Anstalt der Church Mission in Mengo ist schon oben erwähnt. Sie bildet sanitary inspectors (Wundärzte 2. Klasse) und Apotheker aus. In Makerere (Kenia) werden medizinische Assistenten (3. Klasse) ausgebildet. Bis zur Approbation von Vollärzten in unserem Sinne (4. Klasse) hat es noch keine dieser Anstalten gebracht.

Von Krankenpflegeschulen besitzt der Methodist Episcopal Board U.S.A. eine in Alt-Umtali, Süd-Rhodesien, in der 500 Entbindungen

[1]) The Uganda Jubilee Report. Church Miss. Soc. London 1925.

ohne einen einzigen Todesfall stattfanden. Die United Free Church of Scotland hat eine Krankenpflegerinnenschule an ihrem Viktoriahospital in Lovedale. Der Gesundheitsverein dieses Hospitals hält seine Jahresversammlung und gibt eine eigene Zeitschrift heraus. In Belgisch-Kongo leitet der Board der Presbyterian Church (U.S.A.) eine kleine Krankenpflegerschule mit 20 Diakonen. Eine gemeinsame Schule für Männer und Frauen wird von der United Presbyterian Church von Nordamerika unterhalten in Assiut, Ägypten. Ähnliche Anstalten gibt es in Liberia, im Zululand, in Angola, in Lomweland, Portugiesisch-Ostafrika, in Kikuyu und Tumu-Tumu, Kenia.

Eine Hebammenanstalt besteht außer in Mengo noch in Gambia, geleitet von der Wesleyan Methodist Mission Society. Hier werden auch die Mütter in Säuglingspflege unterrichtet.

Auch die römisch-katholische Kirche hat durch ihre Orden und Gesellschaften eine ausgedehnte Arbeit, namentlich durch die selbstverleugnende Tätigkeit ihrer Schwesternorganisationen. Die Jesuiten-Mission in Kisantu besitzt ein großes Hospital mit Laboratorium für Forschungszwecke in Verbindung mit der Louvan-Universität; eine Medizinschule für Eingeborene und eine Hebammenschule sollen angegliedert werden.

Auf der internationalen Afrikakonferenz in Le Zoute,[1]) 14.—21. Sept. 1926, wurde von dem früheren Gouverneur von Belgisch-Kongo behauptet, daß die belgische Kongo-Regierung in besonderem Maße vorbildliche Arbeit inbezug auf die ärztliche Behandlung der Eingeborenen geleistet habe. Er berichtete von der großen Zahl von belgischen Ärzten, etwa 200, die im Laufe der Zeit schon in die Kolonie ausgesandt worden seien. Auch der Leiter des Brüsseler tropenmedizinischen Instituts, Dr Broden, sagte auf dieser Konferenz, daß die gegenwärtige Organisation im belgischen Kongo als eine der besten in Afrika betrachtet werden könne. Es seien zurzeit nahezu 100 Regierungsärzte in Belgisch-Kongo tätig und es bestehe der Plan, im Jahre 1927 weitere 30 auszusenden. Dazu kommen noch 76 Ärzte von Handelsgesellschaften, 25 Missionsärzte, 2 Ärzte vom Roten Kreuz, d. h. etwas über 200 Ärzte für ein Gebiet fünfmal so groß als Deutschland. Dr Broden stellt die Forderung auf, daß der missionsärztliche Dienst in enger Arbeitsgemeinschaft mit den Kolonialärzten und unter ihrer Kontrolle arbeiten sollte.

Merkwürdig kontrastiert mit diesen Aussagen der Bericht des amerikanischen Missionsarztes Dr Charles P. M. Sheffly,[2]) der auf der missionsärztlichen Konferenz in Baltimore am 21. Februar 1926 berichtete: „Ich lebe in Belgisch-Kongo, wo jeder Arzt ein reiches Feld der Tätigkeit hat. Schlafkrankheit und Lepra überwiegen dort. Unsere Schwierigkeit aber ist die, daß wir keinen Rückhalt und Unterstützung bei der Regierung finden. Obige Krankheiten könnten mit Energie ausgerottet werden, aber die Regierung will weder die nötigen Gelder hierfür bereitstellen, noch will sie

[1]) The Christian Mission in Africa. Neuyork 1926.

[2]) Foreign Missions Conference North America, Report. Neuyork 1926, S. 319.

Hospitalgebäude und Hebammenanstalt der Church Missionary Society in Mengo, Uganda

Dr. A. R. Cook in seinem Sprechzimmer in Mengo, Uganda

die Freizügigkeit der Bevölkerung regulieren, um so die Weiterverbreitung jener Krankheiten zu verhindern. Unser großes Problem ist, eine Arbeitsgemeinschaft mit der Regierung zustande zu bringen." Da auf beiden Seiten der Wunsch hierzu besteht, so wird ja wohl eines Tages seine Erfüllung kommen.

Dr. Broden machte in Le Zoute mit Recht darauf aufmerksam, daß der Neger im allgemeinen unterernährt und zu einseitig ernährt ist, daß er in dunklen, luftarmen, rauchigen, schmutzigen, von Spinnweben, Ratten und Insekten aller Art bewohnten Rundhütten lebt und durch ungenügende Kleidung nicht gegen den Witterungswechsel geschützt ist, sodaß Lungenentzündung und Tuberkulose rapide Fortschritte machen. Die grenzenlose Unwissenheit über die Entstehung von Krankheiten läßt ihn nur zu leicht ein Opfer sonst verhütbarer Leiden werden.

Kurz vor Ausbruch des Weltkrieges hat eine südafrikanische Zeitung einen Preis für eine „moderne Kaffernwohnung" ausgesetzt. Die preisgekrönte Arbeit des erfahrenen Missionars van Calker von der Brüdergemeine bringt für die Wohnungsfrage des Negers sehr wertvolle Gesichtspunkte. Fenster sind schwer an der Rundhütte anzubringen. Nun will der auf eine höhere Kulturstufe gehobene Neger in seiner Wohnung auch lesen und schreiben. Dazu bedarf er eines Tisches und Hockers. Die bisherige Hütte bietet aber keinen Raum für derartige Luxusgegenstände, ganz abgesehen davon, daß der Tisch nur mit künstlichem Licht beleuchtet werden könnte. Von der Anbringung eingerahmter Bilder an der Rundhüttenwand kann keine Rede sein. Daß das Gefühl der Schamhaftigkeit wenig gepflegt werden kann, wenn die ganze Familie oder mehrere Familien dauernd in einem Raume wohnen müssen, bedarf keiner weiteren Erörterung. In Gegenden, in denen noch Elefanten hausen, sind die leichten Rundhütten der Gefahr ausgesetzt, durch die Kolosse der Wildnis eingedrückt oder umgeworfen zu werden. Wilde Tiere finden ihren Weg leichter durch die Öffnung der Rundhütte, als durch eine verschließbare Haustüre. Ein viereckiges Steinhaus mit Tür und Fenster ist aber für den herdenbesitzenden Neger höchst unpraktisch. Denn das Kaffernrind hat das Bedürfnis, sich an der senkrechten Wand den Rücken zu reiben und ruht nicht eher, als bis die Ecke des Hauses rund geworden ist. Diesem Bedürfnis muß in rinderreichen Gegenden Rechnung getragen werden. Van Calker hat nun ein ideales Negerhaus[1]) aus Steinmaterial erbaut, das gleichsam aus 2 Rundhütten besteht, die durch einen kurzen Gang miteinander verbunden sind und so ein längliches Oval bilden. In die eine Rundung des bipolaren Gebäudes hat er das Herdfeuer mit dem Kamin verlegt. Hier wohnen und wärmen sich die Eltern, das andere Rondabel ist für die erwachsenen Kinder reserviert, die auf diese Weise der väterlichen Zucht nicht ganz entraten. Das Dach ist der Billigkeit wegen aus Schilfrohrgras oder Fasergeweben bestimmter Palmenarten mit einer festen

[1]) Siehe Tafel 30.

Dachkonstruktion aus Bambus oder Holzstangen gebaut. In Gegenden, in denen die Rückfallzecke (Ornithodorus moubata) vorkommt, die in infiziertem Zustand mit dem Gras aufs Dach gebracht werden könnte, empfiehlt es sich, ein Ziegeldach zu wählen, wie dies vorbildlich in Ruanda schon geübt wird. Bei Wellblechverwendung müßte wegen der Hitze in einem Abstand von 25 Zentimeter unter dem Dach eine Bretterschicht angebracht werden.

Gegen die Schlafkrankheit gibt es jetzt in dem deutschen Präparat Germanin und dem amerikanischen Tryparsamid zwei wirkungsvolle Mittel, von denen das erstere besonders in den Anfangsstadien und auch prophylaktisch verwandt werden kann, während das zweite auch in schweren Fällen zu helfen scheint, aber die Gefahr der Erblindung mit sich bringt.

Um das Krankheitselend Afrikas zu verringern, ertönte auf der Konferenz in Le Zoute[1]) aufs neue der alte ärztliche Ruf: „Verhüten ist besser als heilen." Man will die Missionsschulen mehr als bisher heranziehen, um bessere Kenntnisse über Hygiene und Krankheitsentstehung zu verbreiten. Der Internationale Missionsrat soll aufgefordert werden, einen internationalen Gesundheitsausschuß einzusetzen, der zunächst einen Überblick über das ganze Gebiet missionsärztlicher Tätigkeit in Afrika gewinnen und eine Arbeitsgemeinschaft der Missionsärzte mit den Vertretern der Regierung, der philanthropischen und wissenschaftlichen Gesellschaften und dem Völkerbund herbeiführen soll. Wir sind uns aber bewußt, daß die öffentliche Hygiene in erster Linie Aufgabe der Regierung ist und nur von gut geleiteten Hospitalzentren aus wirkungsvoll ausgeübt werden kann.

Über die ärztliche Mission auf den **Inseln des Stillen Ozeans** einschließlich der Philippinen, Melanesien und Niederländisch-Indien ist nichts besonders Charakteristisches zu berichten. Die Zahl der Missionsärzte in der Inselwelt ist von 31 (einschließlich 4 Frauen) im Jahr 1903 gestiegen auf 53 (einschließlich 11 Frauen) im Jahr 1923. Der Zuwachs von 22 Ärzten kommt hauptsächlich auf Niederländisch-Indien und die Philippinen.

Lateinisch-Amerika hatte einschließlich der westindischen Inseln im Jahr 1923 eine Gesamtzahl von 30 Missionsärzten (darunter 6 Frauen). Sie arbeiten mit 36 Krankenpflegern in 18 Hospitälern und 30 Polikliniken, die auf 44 Städte verteilt sind. Im Jahr 1903 waren es nur 23 Missionsärzte (darunter 6 Frauen). Vier der Missionsärztinnen arbeiten in Mexiko, wo auch 9 Missionsärzte wirken. Dr L. Salmans ist ein Vorkämpfer der ärztlichen Mission in Mexiko und hat ein Union Evangelical Medical College in Guanajuato zur Ausbildung von eingeborenen Missionsärzten aus Lateinisch-Amerika gegründet. Durch die religiösen Reformgesetze Mexikos in den Jahren 1925/26 wurden die meisten nichtmexikanischen Missionare gezwungen, in die Vereinigten Staaten oder in andere, Spanisch sprechende Länder auszuwandern. Die Ärzte dagegen konnten in Mexiko noch nicht entbehrt werden. Obgleich sie nicht mexikanische Staatsbürger sind, dürfen

[1]) Edwin W. Smith: The Christian Mission in Africa. London 1926.

sie im Lande bleiben. So gibt Dr Salmans, um bei der vermehrten missionarischen Verantwortung auch die Werbetätigkeit zu steigern, eine Zeitschrift heraus, die er The Fourth Wheel (das 4. Rad am Wagen) nennt. Er meint damit die ärztliche Mission, da die 3 andern Räder: Wortverkündigung, Schuldienst und Presse ausgewiesen sind.

In Westindien ist die Zahl der Missionsärzte in dem oben angegebenen Zeitraum gestiegen von 2 auf 5 und die der Ärztinnen von 1 auf 2. In Brasilien gibt es 4, in Peru und Bolivien nur einen Missionsarzt, also in ganz Südamerika nur 6 evangelische Missionsärzte. Dazu kommt eine einzige Missionsärztin.

Überblicken wir die Zahlen der evangelischen Missionsarbeiter aller Art in Asien, Afrika, Lateinisch-Amerika und der Inselwelt, so kommen im Jahre 1903 700 Missionsärzte auf 15 258 Missionsarbeiter, d. h. ein Doktor auf 22 Missionare aller Art. Im Jahre 1923 standen 1157 Missionsärzte 29 949 Missionaren gegenüber, d. h. ein Arzt auf je 25 Missionare aller Art. Dies zeigt, daß die Zahl der Missionsärzte prozentual nicht Schritt gehalten hat mit den übrigen Missionsarbeitern. (In Deutschland besteht das umgekehrte Verhältnis.) Für Herbst 1928 berechneten wir die Zahl der evangelischen Missionsärzte mit 1307, die in 858 Krankenhäusern arbeiten. Sie haben sich im Vergleich zu 1900 nahezu verdoppelt.

Wenn wir das Verhältnis der Ärzte zu den Missionsarbeitern im allgemeinen in ihrer Verteilung auf die einzelnen Länder betrachten, so kommen nach der Statistik von Dr Lerrigo[1]) in:

Afrika	6,98 %	missionsärztl.	Kräfte	auf	100	Miss.-Arbeiter
China	10,68 %	„	„	„	100	„
Indien	9,28 %	„	„	„	100	„
Latein. Amerika	2,21 %	„	„	„	100	„

Nach dem Weltmissionsatlas von 1925 verteilen sich die Kräfte auf die verschiedenen Erdteile in folgender Weise:[2])

	Ärzte	Ärztinnen	Krankenpflegerinnen
Asien	596	321	640
Afrika	124	15	235
Europ. Türkei	5	—	5
Australien	42	11	65
Lateinisch-Amerika .	24	6	42
Vereinigte Staaten	10	3	20
zusammen:	801	356	1007

Diesen 1157 ausländischen Ärzten stehen 513 eingeborene Ärzte und 99 Ärztinnen (Summa 612), sowie 2597 Helfer und 2861 Helferinnen (Summa 5458) zur Seite.

[1]) International Review of Missions. The mimikry of health and welfare work. London 1926, S. 515.

[2]) Ausführliche Angaben siehe Auskünfte. S. 236—237.

Die Gesamtleistung der ärztlichen Mission im Jahre 1923 kommt in folgenden Zahlen zum Ausdruck:

In den 858 Hospitälern mit 31 264 Betten wurden 389 712 Patienten, in den 1686 Polikliniken 10 441 539 Behandlungen registriert. Die Zahl der Hausbesuche betrug 137 152, die der Operationen 198 844. Im ganzen kamen auf 4 788 258 Patienten 11 548 808 Konsultationen. Die Zahl der für die Ausbildung von inländischen Ärzten gegründeten Schulen betrug 19 mit 663 Studenten und 251 Studentinnen (Summa 914). In den 72 Schulen für eingeborenes Pflegepersonal wurden 1085 Pfleger und Pflegerinnen ausgebildet.

III.

Bei den **Problemen,** die unsere ärztliche Mission zurzeit besonders bewegen, nehmen die hygienischen und sozialen Fragen einen breiten Raum ein. Ich will nur einige dieser Probleme andeuten, bei denen Missionsärzte führend gewesen sind.

In den Kampf gegen die ungeheure Kindersterblichkeit, die im ersten Lebensjahr an manchen Orten Afrikas 70 % und mehr beträgt, wollte die Eduard-Woermann-Preisaufgabe fördernd eingreifen. Unter den vier besten Bearbeitungen befanden sich drei von Missionsvertretern. Der Preis wurde am 4. 1. 1922 dem Leipziger Missionsarzt Dr Ittameier aus Ostafrika zuerkannt für seine Arbeit über „Die Erhaltung und Vermehrung der eingeborenen Bevölkerung".[1]) Diese und die Arbeit von Dr Feldmann über dasselbe Thema wurde von der Hamburger Universität in den Abhandlungen aus dem Gebiet der Auslandskunde gedruckt.

Gegen das Opiumlaster in China kämpfen die Missionsärzte u. a. mit 103 Opiumasylen. Wohl hat China sich auch der internationalen Opiumkonvention des Völkerbundsrates angeschlossen. In zwei großen Foliobänden ist das ganze Material der 2. Opiumkonferenz niedergelegt.[2]) Trotz der Vereinbarungen wird jetzt in China, wie unsere Missionsärzte übereinstimmend berichten, mehr Opium geraucht, als je zuvor.[3]) Hier klafft zwischen gutem Willen und Ausführung ein tiefer Abgrund.

Der afrikanische Branntweinhandel ist trotz der schönen Entschließungen des Völkerbundsrates nach den Berichten der Mandatskommission in den Mandatsländern ständig gestiegen. Bisher völlig alkoholfreie Gebiete Afrikas kommen mehr und mehr unter starken alkoholischen Einfluß, wie der Deutsche Verband zur Bekämpfung des afrikanischen Branntweinhandels auf seiner Sitzung am 31. März 1928 festgestellt und an das Auswärtige Amt berichtet hat. Dr M. Fiebig,[4]) der 1. Direktor des missionsärztlichen

[1]) Wissenschaftliche Beiträge zur Frage der Erhaltung und Vermehrung der Eingeborenen-Bevölkerung. Hamburg 1923, L. Friederichsen & Co.

[2]) Records of The Second Opium Conference, Genf, 17. Nov. 1924 bis 19. Febr. 1925.

[3]) Die ärztliche Mission 1926, S. 56.

[4]) Siehe Tafel 2.

Instituts in Tübingen hat in einer beachtenswerten Schrift[1]) auf Grund seines Studiums der Sanitätsberichte über die Niederländisch-Indische Armee nachgewiesen, daß hauptsächlich infolge der Trinksitten die Krankheitsziffer der nichtabstinenten Kolonial-Regimenter um nahezu die Hälfte höher ist, als bei den abstinenten. Um so unverantwortlicher ist der gewissenlose Branntweinhandel gewinnsüchtiger europäisch-amerikanischer Geschäftsleute.

Über den Mangel an Fürsorge für Blinde, Taubstumme, Geisteskranke und Waisenkinder in nicht christlichen Ländern könnte hier noch viel gesagt werden.

Aus dem reichen Stoffgebiete der Tropenkrankheiten will ich nur eine einzige brennende Frage besprechen, weil sie in besonders schöner Weise den Segen der Arbeitsgemeinschaft zwischen Medizin und Mission dartut, nämlich die

Leprafrage.

Missionare aller Länder haben sich seit alters bemüht, den Aussätzigen zu dienen. In der letzten Generation hat sich besonders der Goßnersche Missionar Uffmann in Purulia-Indien, dessen eigene Tochter aussätzig geworden war, mit der Pflege der Leprösen beschäftigt. Der Schweizer Missionar Delord hatte sich erschüttert abgewandt von dem herzlosen Rat eines Arztes, der ihm auf seine Frage, wie man am besten helfen könne, antwortete: „Eine Kugel — wenn protestantisch; ins Kloster — wenn katholisch." Delord wurde bekannt durch sein Aiouni (Mischung von Chaulmoogra- und Olivenöl), mit dem er Besserungen erzielte.

Unserem Zeitalter war es vorbehalten, die Lösung des Rätsels zu finden. 1874 wurde der Erreger der Lepra zuerst von Armauer Hansen[2]) bei norwegischen Aussätzigen gesehen. Mit dieser Entdeckung war die wissenschaftliche Grundlage für die Erkennung, Übertragung und Behandlung dieser entstellenden Krankheit gegeben.

Im selben Jahre 1874 berichtete der aus Indien zurückgekehrte schottische Missionar W. C. Bailey[3]) in Dublin vor einem kleinen Kreise von geladenen Freunden über die Aussätzigen[4]) in Indien. Dies war die Geburtsstunde der „Mission to Lepers"[5]), die es sich angelegen sein ließ, die Aussätzigen in Asylen zu sammeln, ihnen menschenwürdige Wohnungen, Kleidung, Verpflegung und ärztliche Behandlung zu geben und ihnen den Trost der Bibel als die „Gotteskraft zur Seligkeit" zu erschließen.

---

[1]) Fiebig, M., Oberstleutnant des Sanitätsdienstes: Die Bedeutung der Alkoholfrage für unsere Kolonien. Berlin 1908. Süßerott.

[2]) Siehe Tafel 25.

[3]) Siehe Tafel 25.

[4]) Winkler, J.: Fünfzig Jahre Aussätzigenmission. Die ärztliche Mission. 1925. Nr. 2.

[5]) Vierteljahresschrift: Without the Camp. London W. C. 2, 33 Henrietta Str. Covent Garden.

In diesen beiden Männern verkörpert sich gleichsam der epochemachende Fortschritt, vor dem wir in der Leprafrage stehen.[1])

Seit einigen Jahren begannen die Missionsärzte, ein ernsthaftes Studium über die Verbreitung des Aussatzes in der Welt zu betreiben. Hierüber herrscht nämlich noch große Unkenntnis. Die offiziellen Regierungsangaben ließen uns im Stich. So hat die Indische Regierung 1921 die Zahl der Aussätzigen in Britisch-Indien mit 102 000 angegeben. Nach den neueren Forschungen von Dr. Robert G. Cochrane[2]) hat man in Indien mit mehr als einer Million Aussätziger zu rechnen. Das wäre die zehnfache Zahl des Zensus. Zur Erklärung hierfür dient, daß an vielen Orten die Umfragen von unwissenden Dorfschulzen veranstaltet werden. So fand Cochrane in einem Dorf aus einer neugierigen Menschenmenge 30 Aussätzige heraus, von denen keiner polizeilich gemeldet war. Die Japanische Regierung gibt die Zahl der Aussätzigen in Japan auf 10 000 an. Nach den Angaben von Sir Leonhard Rogers[3]), einem vorzüglichen Kenner der Leprafrage, sind es aber im Jahr 1925 zehnmal soviel, nämlich 102 585 gewesen. Wenn man nach dem neuesten Werke von Cochrane[4]) und nach den Angaben von Harry Farmer[5])

für China rund	1 000 000	Aussätzige einsetzt,
„ Indien	1 000 000	
„ Siam[6])	14 000	
„ die Philippinen	12 200	
„ Afrika	525 800	
„ Europa	7 000	
„ Rußland	150 000	
„ Lateinisch-Amerika	60 000	
„ Nordamerika	500	
„ Ozeanien	4 600	
„ andere Länder	38 000	Aussätzige, so kommt man
auf eine Gesamtsumme von	2 812 100	Aussätzigen in der ganzen

Welt, wonach also jeder 600. Bewohner dieser Erde ausgesetzt werden müßte.

Dr. Abbott, Direktor der American Mission to Lepers, der 1924 Europa bereiste, fand in England, Frankreich, der Schweiz, Italien und

[1]) Siehe Tafel 28: Lepröser vor und nach einjähriger Behandlung.

[2]) Leprosy in India. A Survey. World Dominion Press. 1927. London E. C. 4, 1 Tudor Str.

[3]) International Review of Missions. London 1925.

[4]) Leprosy in Europe, the Middle and Near East and Africa. World Dominion Press. 1928. London.

[5]) D. Harry Farmer, Direktor der American Mission to Lepers. Ridding the World of Leprosy. In Foreign Miss. Conf. of North America. Conference on Medical Missions. New York. 1926. S. 393.

[6]) Der Zensus gibt 8000 bis 10 000 an. Cochrane rechnet 30 000 oder mehr. The Leper Quarterly 1927, No. 4.

Jugoslavien wenigstens 1500 Aussätzige, während in Deutschland im Jahre 1926 nur noch 8, in Paris dagegen allein 200 Leprakranke vorhanden waren.

Aus Indien kam immer wieder der Ansporn zu neuem Kampf gegen diesen Feind der Menschheit. Dort wurde nämlich von der englischen Aussätzigen-Mission ein eigener Berufsarbeiter, Herr Frank Oldrieve, angestellt, der 1925 nach England ging, dort die „British Empire Leprosy Relief Association" (BELRA[1]) gründete und vier Millionen Mark zum Kampf gegen den Aussatz sammelte.

Aus Indien kam auch das den Eingeborenen seit Jahrtausenden bekannte Heilmittel, das oben erwähnte Chaulmoograöl.

Der erste, der das chemisch wirksame Prinzip dieses Fruchtöls rein darstellen ließ und 1906[2]) in den Handel brachte, war der deutsche Professor Dr. Engel in Kairo. Dieses Mittel haben auch wir mit Erfolg angewandt. Sir Leonhard Rogers in Indien war es, der 1917 das Präparat zum erstenmal intravenös anwandte und damit schnellere Heilerfolge erzielte.[3]) In dem Aussätzigenasyl von Purulia wurden von der Einführung der Injektionsbehandlungen (1923) an bis 1927 mehr als 82000 Injektionen verabreicht und 99 Männer, Frauen und Kinder als symptomenfrei in die Heimat entlassen.

Neuerdings hat der langjährige Mitarbeiter von Rogers, Dr. E. Muir,[4]) Leiter der Tropenmedizinschule in Kalkutta und Vizepräsident der Christian medical Association of India, das schon seit Jahrzehnten als Provokationsmittel angewandte Kalium jodatum auch zu Heilzwecken bei Lepra verwandt und gefunden, daß es bei sorgfältiger Auswahl der Patienten in sechs Wochen schon dieselben Heilwirkungen hervorruft, wie das Chaulmoograöl in einem Jahr. Leider ist das Jodpräparat sehr teuer und seine Anwendung nicht schmerzlos. Aber die Patienten drängen sich geradezu zu dieser Behandlung.[5])

[1]) BELRA, Leprosy Notes. London W. 1., 24 Cavendish Square.

[2]) Die so gewonnenen Äthylester der Fettsäuren des Chaulmoograöls wurden Antileprol genannt. Bayer & Co., Elberfeld.

[3]) Die besten Öle lieferten die 3 Bäume: Taraktogenos Kurzii, Hydnocarpus wightiana und Asteriostigma macrocarpa. Rogers verwandte zuerst das Hydnocarpusöl, später nahm er das Natrium hydnocarpat. Dieses Salz wirkt ganz schmerzlos, ist nur $^1/_{20}$ so teuer, als das Öl und kann subkutan, intramuskulär und intravenös eingespritzt werden. Es wird durch Burroughs, Wellcome & Co. in London als Alepol in den Handel gebracht.

[4]) Muir, E.: The iodide-antimony treatment of leprosy. Ind. J. Med. Res. 1927, Oct. — Sodium Hydnocarpate in Leprosy, Suggested Improvements in Administration. Ebenda 1927 Nr. 2.
— Potassium Jodide in Leprosy. Chr. med. Ass. India, 1928. Mai.
— The Campain against leprosy. Leprosy Notes. 1928. Nr. 2.
Rogers, L.: Recent advance in the treatment of leprosy and its bearing on prophylaxis. The Practitioner. 1928. April.

[5]) Muir beginnt mit einer Dosis von 0,06 täglich intravenös und steigt bei

Dr. Muir sowohl wie Dr. Wade, der Leiter der großen Aussätzigen-Kolonie in Culion auf den Philippinen, sind darin einig, daß jeder Fall von Aussatz im ersten Stadium bei sachgemäßer Behandlung geheilt werden kann. Wade berichtete kürzlich, daß während der letzten 5 Jahre über 1000 Lepröse in Culion als symptomenfrei entlassen worden sind. Das ist ein vielversprechender Erfolg, der die Aussicht eröffnet, daß es gelingen könnte, den Aussatz in kultivierten Ländern verhältnismäßig schnell auszurotten.

Rogers und Muir haben den Plan hierzu in ihrem Leprabuch 1925 entworfen, der sich auf die folgenden Erwägungen gründet:

1. 80 % der Infektionen entstehen dadurch, daß man in demselben Hause mit einem infektiösen Aussätzigen lebt (d. h. einem Menschen, der Leprabazillen durch Geschwüre der Haut oder Schleimhäute ausscheidet).

2. In 80 % der Fälle dauert die Inkubation (von der Ansteckung bis zum Ausbruch der ersten Symptome) weniger als 5 Jahre, durchschnittlich nur 2 bis 3 Jahre. Wenn nun ein Aussätziger entdeckt wird, so werden alle seine Hausgenossen und Nachbarn 5 Jahre lang je zweimal durch einen Spezialisten auf die ersten Anzeichen der Lepra hin untersucht. So ist es möglich, 80 % der eben Angesteckten im Frühstadium zu entdecken, zu behandeln und klinisch zu heilen, bevor sie in das zweite Stadium übertreten, in welchem sie andere Menschen anstecken könnten. Theoretisch wird dadurch in 5 Jahren die Infektionsquelle auf 20 % verringert, in weiteren 5 Jahren auf 4 %. Drei europäische Länder, die wenige Aussätzige beherbergen, und einige Städte Südafrikas haben schon beschlossen, diesen Plan zur Durchführung zu bringen. Wenn auch in der rauhen Wirklichkeit nicht der Erfolg eintreten wird, den die Theorie zu versprechen scheint, so wird doch in zwei Jahrzehnten die Lepra in dem kultivierten Europa wesentlich verringert oder ausgestorben sein. In Palästina, dem klassischen Lande des biblischen Aussatzes, gibt es jetzt ohnehin nur noch 47 Aussätzige.[1])

---

täglich mindestens 4 Temperaturmessungen um dieselbe Menge pro die, bis leichte lokale Reizerscheinungen oder Temperatursteigerungen auftreten. Wenn die Reaktion länger als 3 Tage dauert, verabreicht er 0,02 Antimonylkaliumtartrat in 2 cc. steriler Kochsalzlösung intravenös, jeden 2. Tag, bis die Reaktion verschwunden ist. Nach Erreichung einer Tagesdosis von 1,2 Kal. jodat, steigt er täglich um 0,3. Bei erreichter Tagesdosis von 3,6 steigt er um 1,8, bis zur Tagesdosis von 7,2. Wenn keine Reaktionen auftreten, geht er schließlich bis 14,4(!) zweimal wöchentlich in dreimonatigen Perioden, zwischen denen immer ein Monat Pause liegt. Die letzten großen Dosen gibt er hälftig verteilt auf den Tag. Etwa auftretende Temperatursteigerungen regulieren die zu verabreichende Dosis. Bei auftretenden Nervenschmerzen verabreicht er Adrenalin intravenös oder Ephedrin per os in Kapseln 0,05–0.1.

Eine ausführliche Darstellung dieser Methode findet sich bei Olpp, G.: Neue Ergebnisse der Lepraforschung. Klinische Woch. 1928, Nr. 39.

[1]) Cochrane, R. G.: Leprosy in Europe, the Middle and Near East and Africa. London 1928.

Amerika hat seit 1893 seine eigene Aussätzigenmission[1]) mit dem Sitz in Neuyork und eigener Zeitschrift. Auch in China hat sich eine Chinese Mission to Lepers[2]) gebildet.

Die Nordamerikaner, die leicht mit Worten von der Welterlösung bei der Hand sind, haben auf der Missionsärztlichen Konferenz in Baltimore (Februar 1926) ein Referat gehört und besprochen über das Thema: „Befreiung der Welt vom Aussatz".[3]) Die Engländer sprechen von der „Befreiung ihres Reiches (Empire) vom Aussatz".[4]) Der schottische Missionsarzt Dr K. G. Fraser urteilt etwas nüchterner:[5]) „Wenn alle in Betracht kommenden Faktoren: Regierung, Kirche, Wissenschaft und Gesellschaft im Kampf gegen diese ausrottbare Krankheit zusammenstehen, so werden die Achtzigjährigen der nächsten Generation Schwierigkeiten haben, in Afrika mehr Aussätzige zu finden, als jetzt in Europa leben."

1923 hatte die Evang. Mission 104 Aussätzigenasyle mit 10 880 Kranken, von denen 6498 Christen geworden sind. Die Englische Aussätzigen-Mission konnte 1924 auf eine 50jährige Tätigkeit zurückblicken. Sie berichtet 3 Jahre (1927) später, daß sie 48 Lepra-Asyle unterhält und 30 Anstalten anderer Missionen unterstützt. Sie hatte im letzten Jahre 17 031 Leprakranke, darunter 11 843 Christen, in ihrer Pflege[6]).

Neuerdings bemüht sich auch der Völkerbund um die Leprafrage. Er hat auf seiner 50. Sitzung in Genf auf Vorschlag seines Gesundheitskomitees[7]) beschlossen, sofort die Lepra ihrer Wichtigkeit entsprechend zu studieren und hat die Herren Prof. Carlos Chagas, Surgeon General Cumming, Colonel Graham und Prof. Nagayo beauftragt, einen Plan für ein internationales Vorgehen gegen die Lepra aufzustellen.

Wir sehen, es bricht eine Morgenröte an, die den dunkeln Schatten, der Jahrtausende lang auf den Ausgestoßenen dieser Erde lag, verscheuchen will. Wenn im kommenden Jahrhundert der schaurige Ruf: „Unrein, unrein!" verhallt sein sollte, so wird auch die ärztliche Mission ein Lob- und Danklied darüber anstimmen, daß sie Handlangerin Gottes in diesem Kampf hat sein dürfen.

*

[1]) The American Mission to Lepers. 156 Fifth Av. New York City. Zeitschrift: Leper News Notes.

[2]) Organ: The Leper Quarterly. 20 Museum Road, Shanghai.

[3]) Farmer, H.: Ridding the world of leprosy. For. Miss. Conf. of North America. Medical Work. New York 1926. S. 393 ff.

[4]) To rid the empire of Leprosy. It can be done! Leprosy Notes, 1928 Nr. 2.

[5]) The Mission Hospital. London 1928. Nr. 5.

[6]) A Ministry of Hope and Comfort. (53. Jahresbericht für das Jahr 1927) The Mission to Lepers. London 1928.

[7]) Monthly Epidemiological Report of the Health Section. League of Nations. Genf.

Wenden wir uns zu dem **finanziellen Problem** in der ärztlichen Mission. Die leidige Geldfrage fängt schon beim Studium des Missionsmediziners an. Er braucht in Deutschland für das ordnungsgemäße $5^1/_2$jährige Studium und ein Examensemester bei bescheidenen Ansprüchen rund 10 000 ℳ, wenn man die Ausgaben für Kleidung, Wäsche und Ferienaufenthalt einbezieht.[1]) Ein fleißiger und begabter Student kann aber von dieser Summe noch mancherlei sparen durch Universitätsstipendien (Honorarerlaß), staatliche Stipendien (z. B. Studien-Stiftung des deutschen Volkes) oder durch den Nachlaß von Verpflegungsgeldern, welcher geeigneten Bewerbern auf begründeten Antrag vom Tübinger Missionsärztlichen Institut gewährt wird. — In Amerika braucht ein Missionsmediziner im Durchschnitt 16 800 ℳ für sein Studium.[2]) Über die finanziellen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse und die religiöse Atmosphäre an 38 medizinischen Hochschulen in 20 Staaten von Nord-Amerika gibt Leslie B. Moß[3]) im April 1928 eine interessante Übersicht, die nach Versendung von Fragebogen auf die Antworten von 74 über die Staaten von Nord-Amerika verteilten Missionsmedizinern (darunter 19 Studentinnen) aufgebaut ist. — Nach Dr Nauck[4]) kann ein chinesischer Student in China sein Studium im Jahre mit 100—150 Dollar bestreiten; das gibt für 6 Jahre berechnet 2520—3780 Mark. Wir sehen, wie ungeheuer verschieden die finanziellen Bedingungen liegen.

Für den Unterhalt der fertigen Missionsärzte haben die aussendenden Missionsgesellschaften bisher verschiedene Wege eingeschlagen. Der Missionsarzt verzichtet bewußt auf finanziellen Lebenserfolg und unterscheidet sich schon dadurch von vielen seiner merkantil eingestellten ärztlichen Berufsgenossen. Die meisten deutschen Missionen gaben früher den Missionsärzten das gleiche Gehalt wie ihren Missionaren und Diakonen. Einige gewährten dann ihren Ärzten eine Dienstaufwandsentschädigung von 30 % des Gehalts oder schrieben ihnen für die vermehrten Ausbildungskosten jährlich einen ähnlichen Betrag in der Heimat gut, über den sie verfügen konnten. Nach dem Vorgang der Bethel-Mission, welche diese Frage in Anlehnung an die Arztgehälter der Betheler Anstalten auch für ihre Missionsärzte in Übersee geregelt hat, geht jetzt die Tendenz dahin, den Ärzten auf dem Missionsgebiet ein nach Ländern gestuftes Grundgehalt nebst Kinderzulage in tunlichster Anlehnung an die staatliche Besoldungsordnung für Akademiker in der Heimat zu gewähren. Ein Arbeiter ist seines Lohnes wert, einerlei

[1]) Ohne Einbeziehung dieser drei Dinge nach Dr Hadrich nur 6988 ℳ. Deutsche Med. Woch. 1928. Nr. 26.

[2]) Dr. Vaughan, Foreign Mission Conference of North America. Medical Work. New York 1926. S. 358.

[3]) Conference on Medical Missions. 3.—5. April 1928. New York: Report on Medical Schools. S. 43.

[4]) Medizinschulen und ärztliche Tätigkeit in China. Münch. Med. Woch. 1928. Nr. 28 und 29.

ob er daheim oder draußen der Reichgottessache dient. Die persönliche und berufliche Ausrüstung sowie die Unkosten für ärztliche Fortbildung bestreitet die Missionsgesellschaft, die auch im Falle von Invalidität, Pensionierung oder Tod für die Angehörigen sorgt. Ähnlich halten es die ausländischen Missionen.

Eigenartig berührt die Mitteilung des amerikanischen Missionsdirektors D. L. B. Wolf,[1]) daß der Lutheran Board mit Zustimmung der Missionare auf dem Arbeitsfelde einem Arzt das doppelte Missionarsgehalt angeboten habe, wenn er als Missionsarzt nach Afrika ginge.

Sehr großen Schwierigkeiten begegnet die Regelung der Gehaltsfrage bei den eingeborenen Assistenten der Missionshospitäler. Ihre Gehälter sind im allgemeinen beträchtlich höher, als die der eingeborenen Pfarrer oder betragen ebensoviel, wie die Gehälter ihrer Kollegen an anderen medizinischen Anstalten. Auf einzelnen Missionsfeldern sind sie so gut gestellt wie die ausländischen Ärzte, oder sogar noch besser. In einem Fall, in dem Privatpraxis erlaubt war, war das Einkommen doppelt so hoch, als das des ausländischen Arztes.

Die Kosten für den Betrieb einer Poliklinik oder eines Krankenhauses variieren sehr, je nachdem, ob die Anstalt in einem primitiven Lande oder in einem Kulturlande errichtet ist. Auch die Transportverhältnisse spielen eine Rolle. Als gesunde Richtlinie bezeichnen wir es, wenn die Gebäude möglichst einfach, dem Landescharakter angepaßt, aber unter voller Wahrung hygienischer Forderungen erstellt werden und an tüchtigem Personal und guter instrumenteller Einrichtung nicht gespart wird. Der Missionsarzt Dr Hodge[2]) in Hankau (gest. 1904) war es, der unermüdlich für erstklassige Arbeit eintrat und keine Schlamperei dulden wollte. Sein Ceterum censeo lautete: „Zum Dienst für Christus immer das Beste in Medizin, Wissenschaft und Leben!"

Es ist keine Frage, daß der ärztliche unter allen anderen Missionszweigen der kostspieligste ist. Manche Kenner halten den Pioniermissionsarzt für den teuersten. Ein gut geleitetes Missionskrankenhaus kann sich häufig selbst erhalten. Es sollte eine hygienisch einwandfreie Küchen- und Abortanlage, Wasserleitung und Elektrizität, einen Operationssaal mit modernen Instrumenten und Röntgenanlage, ein Laboratorium mit guten Mikroskopen, eine Apotheke, Poliklinik und Isolierräume für Ansteckende und Geisteskranke haben. Die englischen und amerikanischen Missionshospitäler besitzen schon seit 25 Jahren Röntgeneinrichtungen. Zwar sind die Röntgenstrahlen von einem deutschen Forscher entdeckt; das deutsche Volk hat ihm ein Denkmal auf der Potsdamer Brücke in Berlin errichtet und im Lichthof der Universität München seine Büste aufgestellt, aber noch kein einziger Röntgenapparat arbeitet draußen in der deutschen Mission. Beschämend! Als

[1]) Foreign Mission Conference of North America. Conference on Medical Work New York 1926. S. 357.

[2]) Dr. Balme, China and Modern Medicine. London 1921. S. 103.

ich diese Tatsache auf der letzten christlichen Mediziner-Konferenz 1928 in Homburg erwähnte, sagte ein Krankenhausleiter, er sei erschüttert über diese Mitteilung, denn er könne sich keinen Chirurgen oder internen Arzt an einem Krankenhaus vorstellen, der heutzutage ohne dieses Hilfsmittel auskäme. Wir sammeln jetzt für die Röntgenanlage von drei deutschen Missionskrankenhäusern. Eine Einrichtung kommt auf 10—20 000 Mark, da meist auch ein Öl- oder Benzin-Motor angeschafft werden muß. „Poor German missionaries", sagen die Engländer. Jawohl, Deutschland ist arm gegenüber anderen Mission treibenden Ländern. Es bestritt im Jahr 1926 nur 2 % der Gesamteinnahmen der Weltmission. Aber es hat mit diesen 2 % Gesamteinnahmen 6,5 % der Heidenchristen der ganzen Welt bedient, ein Zeichen seiner Sparsamkeit.

Viele Missionshospitäler können sich durch die Patientenhonorare, Extrapreise für Einzelzimmer, Hausbesuche bei kranken Europäern und Eingeborenen, Verkauf von Arzneien und Einnahmen durch Spenden selbst unterhalten. In China sind es 27 % aller Missionskrankenhäuser, die abgesehen von den Gehältern der ausländischen Missionsarbeiter auf eigenen Füßen stehen. Zustatten kommt den Missionskrankenanstalten die Dankbarkeit der Behandelten, die oft in großartiger Weise zum Ausdruck kommt. So wollte der Hausbesitzer Ho Kwa in Canton, von dem Dr. Parker das Gebäude für sein erstes Spital gemietet hatte, durchaus keine Miete annehmen. Dr. Southon wurde zu einem afrikanischen König gerufen, der an einer großen Geschwulst litt. „Kannst du etwas dagegen tun?" „Jawohl, ich kann das Ding wegnehmen." „Aber, wird es nicht sehr weh tun?" „Nein, ich werde dich einschlafen lassen, und wenn du erwachst, ist alles vorüber." „Tu's sofort! Ich habe seit langem nicht mehr schlafen können." Als die Operation glücklich vollendet war, sagte der König: „Du darfst uns nie mehr verlassen; hier ist Land, hier ist Holz, ich gebe dir alles, was du noch brauchst, nur verlaß uns nicht!" — In Korea hat Dr. Allen einem nahezu verbluteten Neffen des Königs die blutenden Arterien mit Erfolg unterbunden, nachdem die eingeborenen Ärzte vergeblich kochendes Wachs in die Wunde gegossen hatten. Der dankbare Prinz äußerte nach der Heilung: „Mein Volk sagt, der Doktor kam nicht von Amerika, er muß direkt vom Himmel gekommen sein." Korea war damit offen für die Missionsarbeit. In Siam lachte das Volk über die Missionare, bis die Cholera ausbrach und der Missionsarzt Dr. Bradly mit großer Selbstaufopferung durchgreifend half und viele Menschenleben rettete. Der König und die Königin bauten darauf drei Krankenhäuser und gaben den Missionsärzten die Erlaubnis, in ihren Krankenhäusern das Evangelium predigen zu lassen, soviel sie wollten. Professor D. Richter[1]) gibt in seinen Büchern über die Chinesische und Indische Missionsgeschichte bei der Besprechung der ärzt-

[1]) Richter, J.: Indische Missionsgeschichte. Gütersloh 1924. S. 474.
— — Das Werden der christlichen Kirche in China. Gütersloh 1928. S. 168.

lichen Mission zahlreiche Beispiele fürstlicher Geschenke von Vizekönigen und Beamten, Brahmanen und Maharadschas für den Bau von Missionshospitälern. Dankbarkeit löst am schnellsten und für beide Teile am beglückendsten die finanzielle Frage.

Was soll man aber dazu sagen, daß die Rockefeller-Stiftung dem chinesischen Volke in Peking eine Luxusspitalanlage beschert hat, die zu unterhalten die chinesische Regierung auf absehbare Zeit nicht imstande sein wird? Die rein chinesischen Medizinschulen sind mit ihrer chronischen Desorganisation, ihrem Geldmangel und den immer wieder auftretenden Streitigkeiten zwischen dem Lehrkörper und der Studentenschaft noch nicht in der Lage, eine auch nur annähernd genügende medizinische Ausbildung zu gewährleisten. Die Provinzial-Regierung von Hunan hatte es übernommen, den von der amerikanischen Yale-Universität in Tschangscha errichteten Krankenhäusern und der damit verbundenen medizinischen Hochschule jährlich einen Beitrag von 50 000 Dollar auszubezahlen, nachdem sie schon große Summen für Landkauf und Errichtung der Gebäude verausgabt hatte. Trotzdem die Provinz durch Revolution und militärische Einquartierung immer mehr verarmte, hat sie mit äußerster Anstrengung die übernommene Pflicht durchzuführen versucht, bis der Fremdenhaß im Jahr 1927 die Amerikaner zwang, die Stadt zu verlassen. Die Anstalten mußten geschlossen werden und wurden dann vom Mob ausgeplündert und demoliert. Auch Dr Main's großes Hospital in Hangtschau wurde am 1. April 1927 von der nationalistischen Südregierung beschlagnahmt, nachdem der europäische Arbeiterstab auf Anweisung des englischen Konsuls die Stadt verlassen hatte. Die Bolschewisten entfernten aus der Hospitalkapelle die 10 Gebote und das Glaubensbekenntnis und befestigten Sun Yat sen's Bild über dem Altar. Sie nannten das Hospital nun: Direktes Tschekianger Provinzial-Regierungs-Kontroll-Universal-Wohlfahrts-Hospital. Aber bald wurde die kommunistische Regierung gestürzt, und die neue Regierung bestimmte den 1. Okt. 1927 zur Rückgabe der Gebäulichkeiten an die früheren Eigentümer. Bei der orientalischen Verschleppungsmethode häuften sich aber die Schwierigkeiten. Bald war wieder eine andere Regierung am Ruder, welche das Versprechen ihrer Vorgängerin zwar bestätigte, aber nicht hielt. Am 1. Juli 1928 wurde endlich das Eigentum der Mission[1]) zurückgegeben. So lange hatte die Korruption triumphiert. Die politischen Ereignisse nahmen bisher die chinesischen Regierungskreise so vollkommen in Anspruch, daß für das höhere Erziehungswesen weder genügend Geld noch Zeit vorhanden war. Auch die Christliche Nationalkirche in China und in den andern missionierten Ländern kann die finanziellen Lasten bei Übernahme der Gebäude und Einrichtungen ohne europäische und amerikanische Hilfe noch nicht tragen, selbst wenn die rechten Männer da wären. Hier stehen wir noch vor ungelösten Fragen.

[1]) The Mission Hospital. Church Missionary Society. London 1928. Sept.-Nr.

Die Gesamtsumme der Einnahmen der Evang. Weltmission betrugen im Jahr 1926 rund 225 Millionen Mark. Für ihren ärztlichen Zweig wurden im Jahr 1923 allein 7 424 609 ℳ draußen auf dem Missionsfeld durch Honorare in Poliklinik und Krankenhaus aufgebracht. Von der genannten Geldsumme fallen auf Asien 5 723 294 ℳ. Afrika ist also finanziell schwer benachteiligt. Im Jahr 1927 betrugen die Ausgaben der englischen Aussätzigen-Mission 1 595 840 ℳ, die der amerikanischen 800 305 ℳ.

*

Über das Problem der **Gesundheitsfürsorge für Missionsangehörige** ist von deutschen, englischen und amerikanischen Missionsärzten [1]) schon viel gearbeitet und veröffentlicht worden.

Es sind keine kleinen Zahlen, auf die sich die folgenden Ausführungen stützen. So berichtet Dr Fisch über nahezu 2000 Personen mit 481 Todesfällen

---

[1]) Fisch, R.: Die Gesundheitsverhältnisse der Missionsangestellten der Basler Mission. (Manuskript zum 100jährigen Jubiläum der Basler Mission. Noch nicht gedruckt.)

Fiebig, M.: Die Gesundheitsverhältnisse der rheinischen Missionsarbeiter, Protokoll der VI. Jahresversammlung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission. 1912.

Dannert, W.: Welche Lehren für die Gesundheitsfürsorge in Westafrika gibt uns die 100jährige Erfahrung der Basler und Barmer Mission? Doktorarbeit 1923.

Van Buskirk, J. G. und Stites, F. M.: The Health of Missionaries of Korea, in The Korea Mission field. August 1922. S. 163.

Cadbury, B. W.: An Analysis of the Health of a Missionary Community in South China During a Period of Thirteen Years. China Med. Journal 1925, Nr. 8, S. 723.

Lennox, W. G.: The Health of Missionary Families in China. China Medical Journal. Supplement January, 1921.

— A Comparative Study of the Health of Missionary Families in Japan and China and a Selected Group in America. University of Denver, Denver. Color. 1926.

— The Conditions of the Health of Missionaries and their Improvement. Foreign Missions Conference of North America. Conference on Medical Work. New York 1926. S. 358.

Vaughan, A. Preliminary Study of Health Statistics, Mimeographed copy.

Woods, A. H.: Early Traits that point to the later Development of Psychoneuroses. Ebenda. S. 365 ff.

Cousland, Ph. B.: The Development of Sanitaria on the Mission Field. Ebenda S. 369 ff.

Venable, W. H.: The Place of Sanitaria in the Health of Missionaries. Ebenda S. 372 ff.

Price, Basil: British Medical Journal. London 1910. S. 872.

in der Basler Mission, Dr. Fiebig über 775 Missionsarbeiter der Rhein. Mission. Von den Amerikanern schrieb Dr. Lennox über die Gesundheitsverhältnisse bei 4800 Missionaren in China und 800 in Japan, Dr. van Buskirk über 506 in Korea, Dr. Cadbury über 134 in Canton und Dr. Vaughan über 560 auf verschiedene Gebiete verteilte Methodisten. Dr. Price in London stellte schon 1910 für englisches Missionspersonal unter 596 Todesfällen 61 % verhütbare fest!

Die Statistik redet eine gewaltige Sprache. Es leuchtet auf den ersten Blick ein, daß die Gesundheit der Missionsarbeiter von größter Wichtigkeit ist für den missionarischen Erfolg. Vor dem Forum der Gesundheitsfrage sind alle Missionsarbeiter gleich. Da gilt kein Ansehen der Person oder der Konfession. Denn ein Herzfehler bleibt ein Herzfehler. Es ist viel wichtiger, die Missionsarbeiter draußen auf dem Arbeitsfelde möglichst leistungsfähig zu erhalten, als neue geeignete Leute zu finden.

Am betrübendsten ist die Tatsache, daß so viele Missionsangehörige an durchaus vermeidbaren Krankheiten starben. So erkrankten nach der Statistik von Lennox in China 83 Missionsangehörige an Pocken (in Japan kein einziger). 55 Menschenleben, die durch rechtzeitige Schutzpockenimpfung hätten gerettet werden können, sind in China dieser Krankheit zum Opfer gefallen. Allein 5 % der Todesfälle bei Kindern in China kommen auf die Pocken. In Deutschland stirbt niemand mehr an Pocken.

Am schlimmsten haust in China die Dysenterie (Amöben- und Bazillenruhr), die 2000 schwere Erkrankungen und 200 Todesfälle verursachte. 20 % aller Kinder in China und Korea erlagen dieser Krankheit, die doch durch sanitäre Maßnahmen hätte verhütet werden können. Dysenterie, Diarrhöe und Cholera, Krankheiten, deren Erreger durch den Mund in den Menschen hineingelangen, verursachten in China eine Sterblichkeit von 36 %, gegenüber 8 % bei Kindern ähnlicher Stände in Amerika.

24 Kinder der von Lennox bearbeiteten Gruppe starben an Diphtherie, 16 an Scharlach, 12 an Typhus und 10 an Malaria. 4 % von erwachsenen Missionsangehörigen in Korea litten an der Indischen Sprue, jener noch rätselhaften Krankheit der Tropen, die neuerdings durch reichliches Essen von Lebersubstanz so günstig beeinflußt wird. Erschütternd ist die Mitteilung von Dr. Venable, der mindestens 12 Fälle von Syphilis, die durch chirurgische Infektion hervorgerufen waren, bei Missionsarbeitern gesehen hat. Welches Heer von Darmschmarotzern, namentlich Protozoen und Helminthen, viele Missionsangehörige beherbergen, das beobachten wir täglich im Tropengenesungsheim. Ihr Darm ist eine wahre Fundgrube für den Helmintholog en! Außerdem spielt auch die Tuberkulose eine große Rolle bei dem Missionspersonal.

64 % der beobachteten Infektionskrankheiten befallen die erwachsenen Missionare Chinas innerhalb der ersten 3 Jahre. Das beweist, daß sie nicht genügend durch Tropenkurse vorbereitet worden sind.

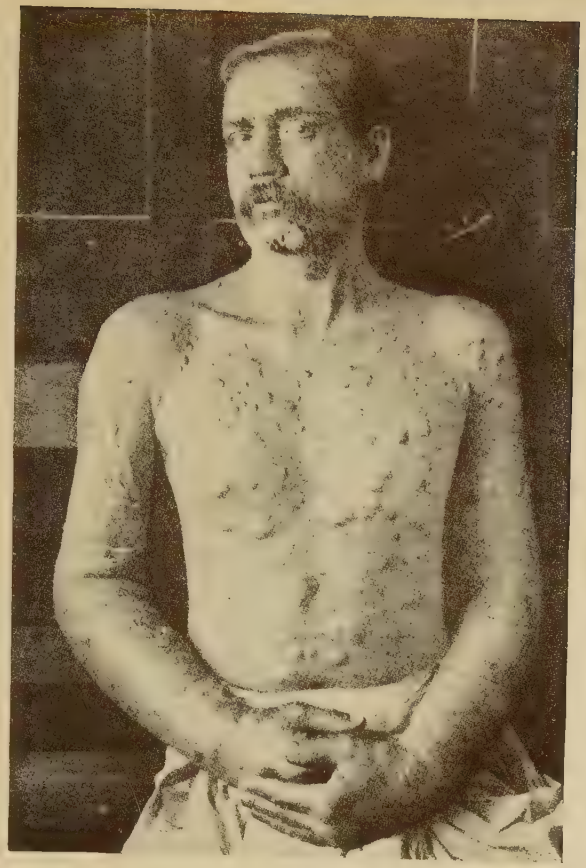
Dr Fiebig stellte in seiner Statistik fest, daß 84 % der Missionsarbeiter in die Ehe treten und 16 % unverehelicht bleiben. Er fand in Ehen von genügender Dauer im Durchschnitt eine Kinderzahl von 5, während auf 7 fruchtbare Ehen eine kinderlose kommt. Die Meinung, daß Europäerehen in den Tropen weniger fruchtbar sind, als in der Heimat, wird dadurch widerlegt. Ein stilles Martyrium, von dem die Welt nicht spricht, erduldeten bisher die Missionarsfrauen, weil sie in ihrer schweren Stunde keine genügende Hilfe hatten. Es starben über 5 % von ihnen infolge des Gebäraktes. In Deutschland beträgt diese Zahl noch nicht 1 auf 1000.

Einen breiten Raum nehmen die Nervenkrankheiten und Psychoneurosen im Leben der Missionare und ihrer Frauen ein. Bei der von Dr Vaughan untersuchten Gruppe kommen ein Viertel aller Versager auf das Konto der Nerven. Derselbe Autor berechnet für seine Mission einen Ausfall von 22 000 Arbeitstagen im Jahr wegen Krankheit. Als echter Amerikaner setzt er diesen Verlust in Geld um und kommt bei einem Kostenaufwand von 4 Dollar pro Tag auf einen jährlichen Verlust für die Missionsgesellschaft im Betrage von 360 000 ℳ. Lennox beweist, im Gegensatz zu der bisherigen Auffassung, daß die Sterblichkeit unter dem Missionspersonal in Nord-China weit größer ist, als in Süd-China. In Korea, wo die Dienstperioden sehr lange sind, fallen 28 % der Urlaubsreisen den Störungen der Gesundheit zur Last, gegen 4 % bei den Missionaren in Kanton, die kurze Dienstperioden und einen außergewöhnlich guten Gesundheitszustand haben. Übersensible, introvertierte, ruhelose oder furchtsam-neurasthenische Personen, die unfähig zum Überwinden von Widerwärtigkeiten sind, eignen sich nicht für den Missionsdienst. Am idealsten sind nach dieser Richtung hin solche Menschen veranlagt, die, wenn der Blitz neben ihnen einschlägt, sagen können: „Es scheint ein Gewitter im Anzuge zu sein."

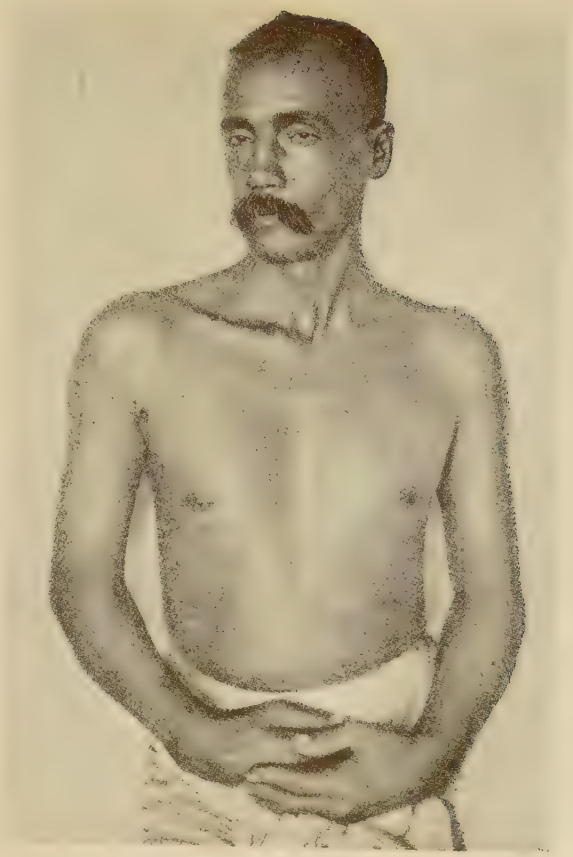
Bei der tropenärztlichen Untersuchung der Missionsarbeiter ist daher nicht nur die körperliche Tauglichkeit, sondern auch die nervöse und psychische Komponente zu berücksichtigen. Man kann die Bewerber zweckmäßig nach vier Gruppen beurteilen:

1. ausgezeichnet für den Dienst in den Tropen,
2. tropentauglich,
3. tauglich, unter der Voraussetzung, daß gewisse Mängel abgestellt werden,
4. untauglich.

Wenn man in einem dreiteiligen Schema, das die Organe, Nerven und Psyche berücksichtigt, obige vier Prädikate je nach dem Befund durch ein + kennzeichnet, so ist der verantwortliche Leiter der Mission mit einem Blick im Bilde:

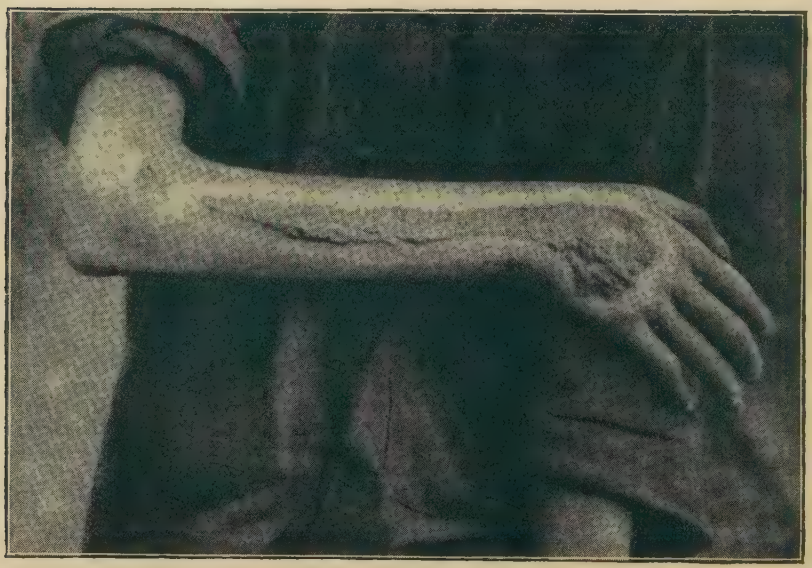


Knotenaussatz vor der Behandlung 13. 11. 1925



Derselbe Patient nach der Behandlung am 7. 12. 1926

Schlangenbiß vor der Behandlung. Patient von Dr. Glökler, Namjung, Prov. Kanton



Derselbe Schlangenbiß acht Tage nach der Behandlung

Organe	Nerven	Psyche	Beurteilung
			ausgezeichnet für den Dienst in den Tropen
	+	+	tropentauglich
+			tauglich nach Abstellung bestimmter Mängel
			untauglich

Alle Missionsarbeiter sollten einen Tropenkurs mitmachen, um zu lernen, wie sie sich vor vermeidbaren Krankheiten schützen können. Für bestimmte Länder kommt eine prophylaktische Impfung gegen Typhus, bei Kindern auch gegen Scharlach und Diphtherie in Betracht. Alle Kinder sollten einige Wochen nach der Geburt geimpft werden, da die meisten an Pocken gestorbenen Kinder das 1. Lebensjahr nicht überschritten hatten. Als prophylaktische Impfung gegen Masern wird für Kinder unter 3 Jahren eine Injektion von 33 cc Vollblut der Eltern empfohlen. Wirksames Antitetanusserum (gegen Starrkrampf), Meningokokkenserum und Schlangengiftserum sollten auf allen Hospitalstationen vorrätig gehalten werden.

Wie man in der Heimat gewohnt ist, jedes Jahr mindestens einmal zum Zahnarzt zu gehen, um sein Gebiß überprüfen zu lassen, so sollte im Missionsdienst sich jeder von einem Vertrauensarzt jährlich untersuchen und beraten lassen. Um die Spannkraft möglichst zu erhalten, ist ein 4—6wöchiger jährlicher Urlaub unbedingt erforderlich. Gesundheitsratgeber sind von vielen Missionen herausgegeben, sei es für die Tropen im allgemeinen, sei es für bestimmte Gebiete, wie China.[1])

Auf den meisten Missionsfeldern sind schon Sanatorien für Missionsangehörige errichtet. So erhalten alle kranken Missionsarbeiter in dem Mathildahospital auf dem Peak von Hongkong durch eine hochherzige Stiftung vollständig freie Aufnahme und Behandlung. Sehr weit fortgeschritten ist die Gesundheitsfürsorge für Missionare in Kuling[2])

[1]) Boone, Cousland, Davenport: Health Hints for Missionaries to China. Publ. by the Medical Miss. Assoc. of China.

Church Missionary Society: Health Instructions for Missionaries in the Tropics. London 1909.

Brüdergemeine; Gesundheitsratschläge für Missionare, Herrnhut 1893, sehr veraltet. — Dipp: Praktische Winke aus der Tropenhygiene für Missionsarbeiter. 1923. — Malaria, Winke für Laien. 1923. — Huppenbauer: Zur Frage der Tropentauglichkeit. 1927.

[2]) Siehe Tafel 6.

in der Kiangsi-Provinz, wo dauernd drei Missionsärzte für sie angestellt sind. Sie besuchen die zur Erholung dorthin kommenden Missionsleute in ihren Absteigequartieren und behandeln die Schwerkranken in einem Spital von 25 Betten oder in einer Lungenheilstätte von 12 Betten. Das dortige Klima ist äußerst günstig für die Behandlung von Tuberkulösen. Einer dieser Ärzte unterhält sich selbst, die beiden andern bedürfen noch eines Zuschusses von der Heimatgemeinde. Erwähnt seien hier noch: das Sanatorium an der See Peiteiho in der Nähe von Peking, das Bergsanatorium Chikungshan bei Hankau, das Bergsanatorium Kuling in der Fukien-Provinz, das Bergerholungsheim Mokanshan bei Hangtschau, das Bergerholungsheim Taishan in der Schantung-Provinz, die kleine Basler Bergerholungsstation Tsin leung shan bei Kayin in der Kanton-Provinz und die Westlichen Berge bei Peking. In Korea bestehen zwei See-Erholungsheime, in Wonsan und Sorai, in Indien die Bergstationen auf den Nilgiri-Hügeln, auf Sumatra das Hospiz von Pearadja, in Neu-Guinea das Erholungshaus auf dem Sattelberg, in Südwestafrika ein Hospiz in Swakopmund, in Palästina das Heim auf dem Karmel und die Auguste-Viktoria-Stiftung bei Jerusalem.

*

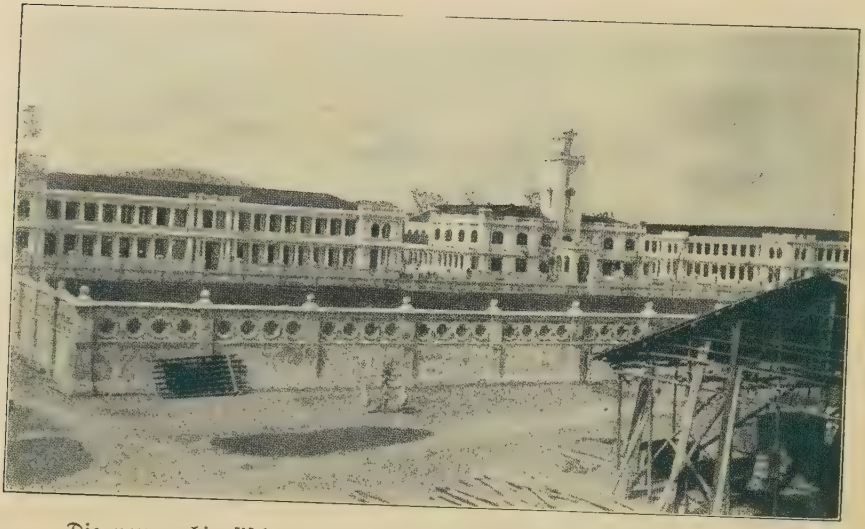
Wer über die weltweite Tätigkeit der ärztlichen Mission mehr erfahren will, als diese skizzenhaften Darstellungen bieten können, den verweisen wir auf die reichhaltige Literatur der ausländischen ärztlichen Mission mit den Beigaben ihrer Lebensbilder, Zeitschriften und statistischen Zusammenstellungen, die am Schluß dieses Buches angeführt sind. Von einer engeren Zusammenarbeit in der Zukunft dürfen wir noch vieles erwarten, denn hier liegen noch manche ungelöste große Aufgaben. Nach einer Mitteilung vom 23. Juli 1928 war der Zentralstelle der Nordamerikanischen Mission nicht bekannt, ob eine Weltstatistik der Missionsärzte existiere. Und doch ist schon im August 1927 in London das erste Handbuch für ärztliche Mission[1]) erschienen, das die Hauptstationen und die Namen des ausländischen Ärztestabes, zum Teil auch die Zahl der Krankenschwestern, Krankenbetten und der Patienten anführt. Als erstem Versuch haften diesem Buch selbstverständlich noch mancherlei Mängel an. So sind von den holländischen Missionsärzten nur 6 namentlich genannt, und von den deutschen fehlen 7 in der Liste. Da wegen der zahlreichen vakanten Stellen in China die zurzeit geschlossenen Hospitäler und viele auf Urlaub befindliche Ärzte nicht angegeben sind, so enthält das Handbuch nur 651 Missionskrankenhäuser und nur 992 Namen von Missionsärzten. Zwischen diesem für 1926 angegebenen Minimum von 992 und der von uns für Herbst 1928 errechneten Zahl von

[1]) A Directory of Medical Missions Head Stations and Foreign Staff. World Dominion Press. London 1927.

Moderne Kaffernwohnung, preisgekrönter Entwurf von Missionar van Calker, Brüdergemeine

Gelbfieberforscher Professor Hideyo Noguchi, geb. 24. 11. 1876, gest. 21. 5. 1928

Dr. Scheurer, der erste holländische Missionsarzt auf Java, geb. 3. 3. 1864, gest. 20. 6. 1928



Die neuen chinesischen Universitätsgebäude in Kanton

Tropenkurs in Tübingen 1927

1307 Missionsärzten besteht eine Unstimmigkeit, die dadurch hervorgerufen wird, daß die Zahl der amerikanischen und kanadischen Missionsärzte nicht feststeht.

*

Der **missionarische Erfolg** der ärztlichen Mission läßt sich statistisch nicht erfassen, wie aus folgenden zwei Beispielen hervorgeht. Der Missionsarzt Dr. Henderson[1]) teilte auf der Neuyorker Missionskonferenz von 1926 mit, daß 30 % der Christen nach seiner Erfahrung durch die Hospitalarbeit gewonnen worden seien. Gleichzeitig berichtete die Missionsärztin Dr. A. Pittman,"[2]) ein China-Inlandmissionar habe ihr einmal gesagt: „75 % unserer Christen wurden durch Ihr Hospital geworben." Auf diesem Gebiet müssen höhere Maßstäbe angelegt werden. Denn hier verbietet sich das Messen und Wägen, weil, wie Prof. D. Wurster[3]) sich einmal ausdrückt, „der Gegenstand zu groß und zu fein ist für die Instrumente des Mediziners." Aber Theologen und Mediziner sind darin einig, daß es unsere Pflicht ist, das Beste, was wir auf dieser Welt haben, andern mitzuteilen, nämlich unsern Christenglauben, der allein den Frieden bringt, welcher höher ist als alle Vernunft, und von dem die tausendfältige Erfahrung unter Kulturvölkern und unter den Stämmen der Primitiven bewiesen hat, daß er den Sieg bedeutet, der die Welt überwunden hat. „Die Sprache der Tat ist beredter als jede Rede," sagt Prof. D. Dr. Schlatter in seiner Ethik. „Wenn eine Kirche bloß durch Rhetorik evangelisiert, dagegen in ihrem eigenen Kreis und im Verkehr mit ihrer Umgebung nicht nach der Regel Jesu zum Handeln kommt, so macht sie ihr Wort nicht nur wirkungslos, sondern zum Anstoß für ihre Hörer."

Die Jerusalemer Missionskonferenz von Ostern 1928 ist aufs wärmste für die ärztliche Mission eingetreten und hat in ihren sieben „Findings of the Commission on Medical Missions"[4]) besonders betont, daß die bestehenden Missionsspitäler eine größere und bessere Einrichtung und einen vermehrten Arbeiterstab erhalten sollten, damit die dort getane Arbeit nicht unter dem Niveau irgend eines anderen Spitals in demselben Lande stände. Allerdings haben ihre Führer bei den Vorbereitungen zur Konferenz es höflich, aber bestimmt abgelehnt, die ärztliche Mission als Gegenstand der Erörterung auf die Tagesordnung zu setzen. Wenn auch hierüber in chinesischen Missionsärztekreisen, die diesbezügliche Vorschläge machen wollten, Befremden herrschte, so war das Vorgehen der Konferenzleiter doch richtig. Denn nach dem aufgestellten Prinzip der Weltmissionskonferenz, die zum erstenmal auch die eingeborenen Kirchenvertreter als gleichberechtigte Glieder zu Worte kommen lassen wollte, hätten dann auch

[2]) Foreign Mission Conference North America. New York 1926. S. 410.

[2]) Ebenda S. 318.

[3]) Die Einweihung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen 1909. Festschrift. S. 10.

[4]) Jerusalem Meeting. Findings. The China Medical Journal. Juni 1928.

die eingeborenen Ärzte der verschiedenen Missionsländer eingeladen werden müssen. Hierfür ist aber die Zeit noch nicht reif und der eingeborene Ärztestand den mit Recht zu stellenden Forderungen noch nicht gewachsen. Man muß ihm Zeit zur Entwicklung geben. Vielleicht zeigte das Vorgehen der gleichzeitig tagenden Missionsärzte-Konferenz von Neuyork (3.—5. April 1928)[1]) den richtigen Weg. Sie hat beschlossen, daß eine ähnliche Konferenz, wie die ihre, wenigstens alle 2 Jahre abgehalten werden solle und daß das nächstemal in diesen Kreis von Berufsvertretern auch Ärzte als stimmberechtigte Mitglieder eingeladen werden sollen, die als Eingeborene den verschiedenen Missionskirchen angehören und daher fähig sind, ihren Beitrag zum Programm und zur Arbeit der Konferenz zu liefern. So können sie erst im geschlossenen kleinen Kreise von Fachkollegen beweisen, ob sie der Aufgabe gewachsen sind. Wir begrüßen diesen Vorschlag und hoffen, daß dann Vertreter kommen werden, die ihren Beruf nicht als Geschäft auffassen, sondern durch ihre Persönlichkeit und ihren Wandel als Christen bekennen: Er ist es wert, daß man Ihn ehrt und sich in Seinem Dienst verzehrt.

[1]) Conference on Medical Missions. Under the auspices of the Committee of Reference and Counsel of North America. Special Report, New York 1928.

V.

Auskünfte
über die deutsche und ausländische ärztliche Mission

Inhalt

1. Die deutsche ärztliche Mission in der Heimat

a) Anschriften der deutschen Missionsgesellschaften 201
b) Verband der Vereine für ärztliche Mission 202
c) Postscheckkonten der Vereine für ärztliche Mission 203
d) Tübinger Missionsärzte-Verein (TMV) 204
e) Verwaltungsrat des Deutschen Instituts für ärztliche Mission E. V. . . . 205
f) Die Ausbildung am Deutschen Institut für ärztliche Mission 206
g) Im Krieg gefallene Studenten des Deutschen Instituts für ärztliche Mission 208
h) Tropenpraxis in Tübingen 209
i) Wissenschaftliche Arbeiten aus der Tropenabteilung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission 210
1. Doktorarbeiten 210
2. Tropenmedizinische Veröffentlichungen des Ärztestabes 211
k) Der dreiwöchige Tübinger Tropenkurs 214
l) Deutsche missionsärztliche Literatur 216
I. Allgemeines 216
II. Lebensbilder 217
III. Zeitschriften, Mitteilungen, Berichte 218

2. Die deutsche ärztliche Mission in Übersee

a) Missionshospitäler 220
b) Tropenmedizinische Literatur 222
c) Aussätzigenasyle, Blindenheime, Irrenanstalten 223
d) In Tübingen medizinisch ausgebildete Missionare 224
e) Missionsschwestern, die in den Kursen des Deutschen Instituts für ärztliche Mission ausgebildet worden sind 226
f) Liste der deutschen Missionsärzte, Oktober 1928 229
A. Aktive Missionsärzte 229
B. Zurückgekehrte und in heimatlichen oder anderen Stellungen befindliche Missionsärzte 230
C. Gestorbene und gefallene Missionsärzte 232

3. Ausländische ärztliche Missionen

a) Missionsärztliche Gesellschaften 234
b) Weltstatistik der Missionshospitäler und Polikliniken von 1900 234
c) Weltstatistik des Personals, der Hospitäler und Polikliniken nach dem Stand von 1916 und 1923 235
d) Weltstatistik der Medizin- und Krankenpflegeschulen von 1900 237
e) Weltstatistik der Medizin- und Krankenpflegeschulen von 1923 237
f) Ausländische missionsärztliche Literatur 238
I. Allgemeines 238
II. Lebensbilder 239
III. Missionsärztliche Zeitschriften 240
IV. Statistische Quellen (historisch geordnet) 241
g) Namen-Verzeichnis 242

1. Die deutsche ärztliche Mission in der Heimat

a) Anschriften der deutschen Missionsgesellschaften

1. **Brüdergemeine.** Missionsdirektor D. Samuel Baudert, Herrnhut i. Sa.
2. **Ev. Missionsgesellschaft in Basel.** Missionsdirektor Pastor K. Hartenstein, Basel (Schweiz). Deutsche Adresse: Leopoldshöhe (Baden), Postfach 14.
3. **Berliner Missionsgesellschaft.** Missionsdirektor D. S. Knak, Berlin NO 43, Georgenkirchstr. 70.
4. **Rheinische Missionsgesellschaft.** Missionsdirektor Pastor R. Schmidt, Barmen, Rudolfstr. 137/139.
5. **Norddeutsche Missionsgesellschaft.** Missionsdirektor Pastor Stoevesandt, Bremen, Am Dobben 123.
6. **Goßnersche Missionsgesellschaft.** Missionsinspektor Pastor Zernick, Berlin-Friedenau, Handjerystr. 19/20.
7. **Ev.-luth. Mission zu Leipzig.** Missionsdirektor Pastor Dr. C. Ihmels, Leipzig, Carolinenstr. 19.
8. **Frauenverein für christliche Bildung des weiblichen Geschlechts im Morgenlande.** Berlin-Lichterfelde, Zehlendorferstr. 55.
9. **Missionsanstalt zu Hermannsburg.** Missionsdirektor Pastor Schomerus, Hermannsburg (Hannover).
10. **Jerusalemsverein.** Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstr. 35.
11. **Schleswig-Holsteinische evang.-luth. Missionsgesellschaft zu Breklum.** Missionsdirektor Pastor Piening, Breklum (Schleswig-Holstein).
12. **Waisen- und Missionsanstalt Neukirchen** (E. V.). Missionsinspektor W. Nitsch, Neukirchen (Kreis Moers).
13. **Allgemeiner evang.-prot. Missionsverein** (Ostasien-Mission). Missionsdirektor Prof. D. Dr. Witte, Berlin W 57, Pallasstr. 8/9.
14. **Bethel-Mission.** Missionsinspektor Pastor Lic. Trittelvitz, Bethel b. Bielefeld.
15. **Gesellschaft für Innere und Äußere Mission im Sinne der Lutherischen Kirche in Bayern.** Missionsdirektor Pfr. Dr. Eppelein, Neuendettelsau.
16. **Allianz-China-Mission.** Missionsinsp. Rosenkranz, Barmen, Seifenstr. 3/5.
17. **Hildesheimer Ev.-luth. Missionsverein für China.** Missionsinspektor H. Brech, Hildesheim, Sedanstr. 33.
18. **Mission der Hannoverschen Ev.-luth. Freikirche.** Superintendent Böttcher, Molzen b. Ülzen.
19. **Deutscher Hilfsbund für christliches Liebeswerk im Orient** (E. V.). Missionsdirektor Schuchardt, Frankfurt a. M., Fürstenberger Straße 151.
20. **Pilgermission St. Chrischona.** Missionsdirektor F. Veiel, St. Chrischona, Schweizer Adresse: Post Bettingen b. Basel. Deutsche Adresse: Lörrach (Baden), Postfach 202.
21. **Liebenzeller Mission im Verband der China-Inland-Mission** (G. m. b. H.). Vorsitzender Pfr. H. Coerper, Bad Liebenzell (Württ.).
22. **Sudan-Pionier-Mission.** Missionsinspektor Pastor Held, Wiesbaden, Walkmühlstraße 8.

23. **Evangelische Karmelmission.** Schorndorf (Württ.).
24. **Christliche Blindenmission im Orient.** Vorsitzende: Frau Studienrat Dr. Schroeter, Berlin-Friedenau, Lauterstr. 39.
25. **Mission für Südosteuropa** (E. V.). Vorsitzender: Urban, Bukowine, Post Straußeney, Kreis Glatz.
26. Dr. **Lepsius Deutsche Orientmission.** Missionsdirektor Pfr. Lic. Dr. Schütz, Schwabendorf b. Marburg.
27. **Missionsgesellschaft der deutschen Baptisten.** Missionsdirektor Simoleit, Neuruppin.
28. **Ev.-luth. Zentralverein für Mission unter Israel.** Pfr. v. Harling, Leipzig Markt 2/III.
29. **Institutum Judaicum Delitzchianum,** Pfr. v. Harling, Leipzig, Markt 2/III.
30. **Gesellschaft zur Beförderung des Christentums unter den Juden.** Gen.-Sup. i. R. D. Keßler, Berlin N 58, Kastanienallee 22.
31. **Westdeutscher Verein für Israel.** Pfr. Fliedner, Köln, Moltkestr. 80.
32. **Verein der Freunde Israels für Judenmission in Basel.** Pfr. Gerhardt, Basel, Sommergasse 40.
33. **Deutsches Institut für ärztliche Mission.** Vorstand Prof. Dr. med. G. Olpp, Tübingen.
34. **Deutscher Evangelischer Missions-Bund** (DEMB) Vorsitzender Univ.-Professor D. Schlunk, Tübingen, Albrechtstr. 2.
35. **Deutsche Gesellschaft für Missionswissenschaft.** Univ.-Prof. D. Schlunk, Tübingen, Albrechtstr. 2.
36. **Studentenbund für Mission.** (SfM.) Geschäftsstelle: Berlin NW 87, Flensburgerstr. 9.
37. **Deutsche Evang. Missionshilfe.** Direktor Pastor Dr. Freytag, Berlin NO 43, Georgenkirchstr. 69.
38. **Verbandsausschuß der Deutschen Evangelischen Missionskonferenzen.** Pfr. D. H. Johannsen, Essen I, Weberstr. 22.

*

b) Verband der Vereine für ärztliche Mission

Vorsitzender: Prof. D. Haußleiter, Erlangen, Burgberg 38.
Schriftführer: Missionsprediger Spaich, Stuttgart, Heusteigstr. 34.
Rechner: Sanitätsrat Dr. Schnitzer, Chefarzt der Kückenmühler Anstalten, Stettin, Eckerbergstr. 1.
1. Beisitzender: Herausgeber der Verbandszeitschrift, Prof. Dr. Olpp, Tübingen, Deutsches Institut für ärztliche Mission.
2. Beisitzender: Missionsärztlicher Vertreter des TMV Dr. med. J. Winkler, Tübingen, Deutsches Institut für ärztliche Mission.

Verbandszeitschrift: „Die ärztliche Mission", jährlich 4 Hefte, ℳ 1.60. Evang. Missionsverlag G. m. b. H., Stuttgart, Kasernenstr. 21.

Adressen der Vereine:

Bayerischer Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Bisher Pfr. Dr. Schulze, Flossenbürg (Oberpfalz). Rechnungs- und Schriftführer: H. Dürschner, Nürnberg, Judengasse 25.

Berliner Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: C. Fink, Berlin-Friedenau, Ringstr. 50. Schriftführer: Missionsinspektor Weichert, Berlin NO 43, Georgenkirchstr. 70.

Berner Komitee für ärztliche Mission. Vorsitzender: Dr. Th. Kocher, Bern, Laupenstr. 25.

Bremer Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Prof. D. Dr. Stoevesandt, Bremen, Kohlhöckerstr. 56/II. Rechnungsführer: Koch, Bremen, Contrescarpe 96.

Goßnerscher Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Missionsinspektor Zernick, Berlin-Friedenau, Handjerystr. 2.

Hallescher Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. Schomerus. Schriftführer: Dr. med. H. Meinhof, Halle a. d. Saale, Henriettenstr. 1.

Hannoverscher Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Geh. Justizrat Haccius, Hannover, Landschaftsstr. 2. Schriftführer: Pastor Dr. Depuhl, Lutherhaus, Ebhardtstr. 3 A.

Herrnhuter Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Apotheker Th. Lappe, Herrnhut i. Sa. Schriftführer: Missionsinspektor Bechler, Herrnhut i. Sa.

Leipziger Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Prof. Dr. Sick, Leipzig, Schreberstr. 13. Schriftführer: Missionsinspektor Weishaupt, Leipzig, Carolinenstr. 19.

Ostfriesischer Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Pastor Frerichs, Nortmoor (Ostfriesland). Rechnungsführer: B. Loets, Leer (Ostfriesland).

Rheinischer Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Dr. med. Kupfernagel, Waldbröl. Geschäftsstelle: Bernhard Kriele, Barmen, Göbenstr. 34.

Stuttgarter Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Bisher San.-Rat Dr. Römer †. Schriftführer: Missionsprediger Spaich, Stuttgart, Heusteigstr. 34.

Kasseler Verein für ärztliche Mission. Vorsitzender: Kirchenrat Eisenberg, Kassel, Hohentorstr. 23.

Deutsches Institut für ärztliche Mission (E. V.). Geschäftsstelle: Tübingen, Nauklerstr. 47.

*

c) Postscheckkonten der Vereine für ärztliche Mission

Bayerischer Verein für ärztliche Mission: Fabrikant Heinr. Dürschner, Nr. 4944 Nürnberg.

Berliner Verein für ärztliche Mission: Nr. 6648 Berlin NW.

Hannoverscher Verein für ärztliche Mission: Pastor Dr. Depuhl, Nr. 464 Hannover.

Rheinischer Verein für ärztliche Mission: Bernhard Kriele, Barmen, Göbenstr. 34. Nr. 74016 Köln.

Stuttgarter Verein für ärztliche Mission: Nr. 12823 Stuttgart.

Deutsches Institut für ärztliche Mission: Nr. 529 Stuttgart.

Tropengenesungsheim Tübingen: Nr. 20956 Stuttgart.

*

d) Tübinger Missionsärzte-Verein (TMV)

Vorsitzender: Prof. Dr. med. G. Olpp, Tübingen.
Stellvertr. Vorsitzender: Dr. med. J. Winkler, Tübingen.
Schrift- und Rechnungsführer: Leitender Oberarzt Dr. med. K. Huppenbauer, Tübingen, Tropengenesungsheim.
1. Beisitzender: —
2. Beisitzender: bisher Sanitätsrat Dr. Römer †.

Satzung des TMV

§ 1. Zweck: Der Tübinger Missionsärzte-Verein (TMV) erstrebt den Zusammenschluß aller evangelischen Missionsärzte deutscher Zunge. Er will seine Kraft in den Dienst der ärztlichen Mission stellen, ohne das Verhältnis der Missionsärzte zu ihren Gesellschaften zu stören.

§ 2. Seine Aufgaben sieht er darin:

I. den Mitgliedern zu dienen durch
1. Berufsberatung,
2. Förderung ihrer ärztlichen Weiterbildung,
3. sachverständige Vermittlung ärztlicher Bedarfsgegenstände,
4. Vermittlung und Beratung in ihren wissenschaftlichen Bestrebungen, Verhütung ungeeigneter Veröffentlichungen und
5. Nachweis geeigneter Betätigung bei vorübergehender oder endgültiger Heimkehr;

II. über dem Ansehen des missionsärztlichen Standes zu wachen und ihn gegenüber der Öffentlichkeit zu vertreten;

III. den Missionsgesellschaften auf Wunsch seinen arbeitsführenden Ausschuß zur Verfügung zu halten zu sachlicher Beratung bei der Auswahl und Ausbildung von Medizinern und ärztlichem Hilfspersonal, sowie für andere Fachfragen;

IV. die Bestrebungen der missionsärztlichen Vereine zu unterstützen;

V. neuauftauchende missionsärztliche Aufgaben zu studieren und bei deren Lösung tatkräftig mitzuwirken.

§ 3. Organisation:

A. Mitgliedschaft:
1. Ordentliches, d. h. stimmberechtigtes Mitglied kann werden: jeder unbescholtene, approbierte, in oder außer Dienst befindliche Missionsarzt (-ärztin) des deutschen Sprachgebiets.
2. Als außerordentliche Mitglieder können auf Antrag (§ 3 C) des Ausschusses aufgenommen werden:
a) Ärzte, die noch keiner Missionsgesellschaft angeschlossen sind,
b) Missionsmediziner nach abgelegter Staatsprüfung,
c) Ärzte, die Freunde und Mitarbeiter der ärztlichen Mission sind.
3. Als korrespondierende und Ehrenmitglieder: Personen, die, ohne selbst Arzt zu sein, der missionsärztlichen Arbeit nahestehen oder sich um ihre Förderung verdient gemacht haben.

B. Vorsitzender ist der jeweilige ärztliche Leiter des Deutschen Instituts für ärztliche Mission.
Stellvertretender Vorsitzender: ein zurückgekehrter, in der Nähe Tübingens befindlicher Missionsarzt.

Schrift- und Rechnungsführer: der jeweilige Oberarzt des Tropengenesungsheims.
Erster Beisitzender: ein Mitglied einer medizinischen Fakultät.
Zweiter Beisitzender: ein Arzt aus dem Kreise der missionsärztlichen Vereine. Ergänzung und Erweiterung erfolgt durch Beiwahl.

C. Der geschäftsführende Ausschuß besteht aus dem Vorsitzenden, Stellvertreter, Schriftführer und einem Beisitzer und wird mit Ausnahme des Vorsitzenden durch die Gesamtheit der ordentlichen Mitglieder auf fünf Jahre gewählt. Ergänzung durch Beiwahl.

D. Vertrauensmann in nichtärztlichen Fragen der Mission ist ein Missionsfachmann.

E. Als Vereinsorgan dient dem Tübinger Missionsärzte-Verein die Zeitschrift „Die ärztliche Mission".

F. Der Jahresbeitrag erfolgt im Kalenderjahr nach Selbsteinschätzung.

*

e) Verwaltungsrat des Deutschen Instituts für ärztliche Mission e. V.

Lechler, Paul, Fabrikant, Stuttgart, Kronenstr. 50a, Vorsitzender.
Hartenstein, Max, Kommerzienrat, Bankdirektor, Cannstatt, Olgastr. 37, stellv. Vorsitzender.
Spaich, M., Missionspred., Stuttgart, Heusteigstr. 34, Schriftführer.

Axenfeld, Geh. Hofrat, Univ.-Prof., Dr. med., Vorstand der Augenklinik, Freiburg i. Breisg., Schwaighofstr. 11.
Baudert, Missionsdirektor, D., Herrnhut i. Sa.
Beißwänger, Dr. Dr. Oberreg.-Rat, Stuttgart.
Bek, E. G., Fabrikant, Ehrensenator der Tübinger Universität, Pforzheim.
Berner, Senatspräs., D., Berlin W 15, Joachimsthalerstraße 29.
Bornhäuser, Geh. Konsistorialrat, Univ.-Prof., D., Marburg a. d. Lahn, Friedrichstr. 31.
Christ, H., Dr. med., Riehen b. Basel.
Dempwolff, Prof., Dr. med., Hamburg, Hermann Kauffmannstraße 28.
Dettmering, Generalsuperint., D., Cassel, Kaiserstraße 74.
Dipper, H., Missionsdirektor a. D., D., Stadtpfr., Stuttgart, Christophstr. 27.
Eisenberg, C., Kirchenrat, Cassel, Hohentorstr. 23.
Feldmann, H., Dr. med., Untertürkheim, Kappelbergstraße 24a.
Fink, C., Vorsitzender des Berliner Vereins für ärztl. Mission, Berlin-Friedenau, Ringstr. 50.
Fisch, Dr. med., Horgen (Kt. Zürich), Vereinshs.
Frerichs, Pastor, Nortmoor (Ostfriesland).
Gonser, Prof., Dr. med. h. c., Berlin-Dahlem.
Günther, O., Bankier, Frankfurt a. M., Schaumainkai 69.
Gustorff, K., Buchhändl., Stuttgart, Marienstr. 11.
Hartenstein, K., Missionsdirektor, Basel.
Haußleiter, G., Geh. Konsist.-Rat, Univ.-Prof., D., Erlangen, Burgberg 38.
Heim, K., Univ.-Prof., D. Dr., Tübingen, Neckarhalde 25.
Heinlein, Geh. Hofrat, Dr. med., Nürnberg, Bindergasse 26.
Held, Missionsinsp., Wiesbaden, Emser Straße 12.
Henking, Prof., Dr., Schaffhausen (Schweiz).
v. Hieber, Staatspräsident a. D., Dr., Stuttgart, Alexanderstr. 153.
Hofmeier, Geh. Sanitätsrat, Dr., Nikolassee bei Berlin, An der Rehwiese 25.
Horpe, Generalsuperint., Wirkl. Geh. Rat, D., Dr., Hildesheim, Kalenberger Graben 6.
Huppenbauer, K., Dr. med., Leitender Oberarzt am Tropengenesungsheim, Tübingen.
Jannasch, H., Missionar, Bad Boll (Württ.).
Ihmels, Missionsdirektor, Pastor, Dr., Leipzig, Karolinenstraße 19.
Kayser, Geh. Konsistorialrat, D., Buchschlag bei Frankfurt a. M.
Knak, S., Missionsdir., Pastor, D., Berlin NO 43, Georgenkirchstr. 70.
Knapp, Th., Univ.- und Oberregierungsrat, Dr., Tübingen, Wilhelmstr. 11.
v. Krehl, Geheimrat, Univ.-Prof., D. Dr., Direkt. der Medizinischen Klinik, Heidelberg.
Kriele, E., Missionsdir. a. D., Pastor, D., Barmen, Rudolfstr. 137/139.
Kupfernagel, Dr. med., Chefarzt der Heilanstalt Waldbröl.
Lechler, A., Dr. med., Haus Lebenswende, Neustadt (Südharz).
Lilienfein, E., Fabkt., Cannstatt, Schillerstr. 56.
Meinhof, Univ.-Prof., D. Dr., Hamburg 13, Bennecken str. 22.
Meinhof, H., Dr. med., Halle/S., Henriettenstr. 1.
Mirbt, Geh. Konsistorialrat, Univ.-Prof., D., Göttingen, Wilhelm-Weber-Straße 4.
Muchow, L., D. Dr., Kirchenpräsident i. R., Freiburg i. Breisg., Mösleistr. 11.
Müller, J., Missionsinspektor, Sebastiansweiler.
Müller, Otfried, Univ.-Prof., Dr. med., Direktor der Medizinischen Klinik, Tübingen.
Müllerleile, Dr. med., Frankfurt a. Main, Glauburgstraße 93.
Niehans, P., Dr. med., „La Prairie" Clinique particulière, Clarens (Schweiz).
Olpp, Univ.-Prof., Dr. med., Direkt. d. Deutschen Instituts für ärztliche Mission, Tübingen.
Ostermeyer, Missionar, Karlsruhe (Bad.), Rebdenbacher Straße 12.
Pohl, Missionsinsp., Pastor, Breklum (Schleswig-Holstein).

v. Pückler-Limpurg, Graf Gottfried, Erlaucht, Gaildorf.
Richter, J., Univ.-Prof., D., Berlin-Steglitz, Grillparzerstr. 15.
Römer, P., Dr., Rostock-Bruckmannsdorf, Unkel Andersweg 6.
Rück, Oberrechnungsrat a. D., Tübingen, Kelternstraße 28.
Ruf, Missionsdir. a. D., Pfr., Polzingen (Bay.).
Sarasin-Iselin, A., Dr. jur. h. c., Basel, Lange Gasse 80.
Schaal, Kirchenrat, Stuttgart, Markusplatz 1.
v. Schleich, Univ.-Prof. a. D., Dr. med., Tübingen, Uhlandstr. 20.
Schlunk, Univ.-Prof., D., Tübingen, Albrechtstr. 2.
Schmidt, R., Missionsdirektor, Pastor, Barmen, Rudolfstr. 137/139.
Schmolze, Dr. med., Ergenzingen (Württ.).
Schnitzer, San.-Rat, Dr. med., Chefarzt d. Rückenmühler Anstalten, Stettin, Eckerbergstr. 1.
Schomerus, Chr., Missionsdirektor, Pastor, Hermannsburg (Hannover).
Schreiber, A. W., Oberkonsistorialrat, D., Berlin-Steglitz, Humboldtstr. 14.
Schreiber, J., Dr. med., Tannenhof b. Lüttringhausen (Rheinland).
v. Schultheß-Schindler, Dr. med., Zürich 6, Wasserwerkstr. 53.
Schulze, Dr., Pastor, Flossenbürg bei Weiden (Bayern).
Seiler, H., Sanitätsrat, Dr. med., Nürnberg, Johannisstr. 21.
Sick, P., Prof., Dr., Chefarzt der Chirurg. Abteilung des Diakonissenhauses. Leipzig, Schreberstr. 13.
Sick, K., Stadtpfarrer, Tübingen, Mühlstr. 8.
Spiecker, A., Direktor, D., Berlin-Dahlem, Miquelstr. 58.
Stock, Univ.-Prof., Dr. med., Direktor der Univ.-Augenklinik, Tübingen.
Stoevesandt, Prof., D. Dr. med., Bremen, Kohlhökerstraße 56.
Thomä, Dr. med., Lüdenscheid (Westfalen).
Trittelvitz, F., Lic., Missionsinspektor, Pastor, Bethel b. Bielefeld.
Ulmer, Fr., Univ.-Prof., D. Dr., Erlangen.
Veit, D., Präsident des Evang.-Luther. Landeskirchenrats, München
Weichert, Missionsinsp., Berlin NO 43, Georgenkirchstraße 70.
Weishaupt, Missionsinspektor, Pastor, Leipzig, Karolinenstr. 19.
Wilde, Pastor, Wang, Post Brückenberg (Riesengebirge).
Winkler, Joh., Dr. med., Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen.
Wittenberg, Sanitätsrat, Dr. med., Reinstedt am Harz (b. Quedlinburg).
Wurth, Präsident des Ev. Oberkirchenrats, D., Karlsruhe (Baden).
Würtz, A., Prof., Dr. med., Stuttgart, Kriegsbergstraße 30.
Zernick, Missionsinsp., Pastor, Berlin-Friedenau, Handjerystraße 2.

*

f) Die Ausbildung am Deutschen Institut für ärztliche Mission

Das Deutsche Institut für ärztliche Mission ist keine staatliche Anstalt und kein Studentenklubhaus, sondern ein eingetragener Verein, der auf Anregung des im Jahre 1925 verstorbenen Stuttgarter Großkaufmanns Dr. med. h. c. Paul von Lechler in Verbindung mit den evangelischen Missionsgesellschaften und Missionsfreunden aus ganz Deutschland und der Schweiz unter weitgehender Förderung durch die Tübinger Universität und mit Unterstützung der württembergischen Regierung im Jahre 1906 gegründet wurde, um den missionsärztlichen Bestrebungen die ihrer Bedeutung entsprechende Pflege angedeihen zu lassen.

Sein 1909 eingeweihtes Hauptgebäude dient als Studentenheim für angehende Missionsärzte, medizinisch zu schulende Missionare und andere christlich gesinnte Studenten. Es enthält eine Halle, einen Hörsaal mit Bibliothek und Lehrmittelzimmer, einen Speisesaal, 29 Einzel- und 3 Doppelzimmer, sowie die Wohnungen des Direktors und des Hausvaters. Im Jahre 1910 wurde dem Institut ein Schwesternheim angegliedert für Missionsschwestern, die an der Universitäts-Frauenklinik ausgebildet werden, für Missonsmedizinerinnen und andere Studentinnen. Im Jahre 1916 fand die Eröffnung des vorwiegend für kranke Missionsangehörige und andere Tropenkranke erbauten Tropengenesungsheims (TGH) mit 50 Betten statt, das 1922 durch ein Kinderheim mit 25 Betten erweitert wurde.

Der Verwaltungsrat (Vors.: Paul Lechler) des Instituts setzt sich zusammen aus Vertretern der evang. Missionsgesellschaften und Kirchenregierungen sowie aus Freunden der ärztlichen Mission in Deutschland und der Schweiz, insbesondere Ärzten und Geistlichen, Universitätsprofessoren der Medizin und der Evang. Theologie, namentlich der Tübinger Universität. Seine ausführenden Organe sind:

Der **Ausschuß** (Vorsitzender: Fabrikant Paul Lechler in Stuttgart).
Die **Ortskommission** (Vorsitzender: Oberregierungsrat Dr. Knapp).
Der **Vorstand** (Direktor Professor Dr. med. Olpp).
Der **Hausvater** und **Verwalter** (Dr. med. Winkler).
Der **Leitende Arzt** des TGH (Oberarzt Dr. med. Huppenbauer).
Der **Schriftführer** (Missionsprediger Spaich in Stuttgart).
Der **Verwalter** des TGH (Missionar K. Großmann).

Dem Ausschuß gehören außer den drei Erstgenannten an: Prof. Dr. med. A. Würtz in Stuttgart; Kommerzienrat M. Hartenstein, Vorsitzender der Rechnungskommission, und Fabrikant E. Lilienfein, beide in Cannstatt; Missionsdirektor K. Hartenstein, Basel, als Mitglied des DEMB; Oberrechnungsrat Rück, Tübingen; Missionsprediger Spaich, Stuttgart.

Das Institut ist im Jahre 1922 dem Deutschen Evangelischen Missions-Bund (DEMB) beigetreten.

In wissenschaftlicher Beziehung pflegt der Verein das Fach der Tropenheilkunde. Im Hörsaal des Instituts und im Laboratorium des Tropengenesungsheims finden während des Semesters tropenmedizinische Vorlesungen und praktische Übungen für Kandidaten der Medizin statt und in den Herbstferien ein dreiwöchiger Tropenkurs, der in erster Linie für Missionare und Schwestern bestimmt ist.

Die von den evangelischen Missionsgesellschaften ausgesandten Missionsärzte haben sich 1922 zu dem Tübinger Missionsärzte-Verein (TMV) zusammengeschlossen. Er ist den 14 deutschen, meist für bestimmte Gesellschaften arbeitenden Vereinen für ärztliche Mission darin gefolgt, daß er die von Dr. med. Feldmann 1906 gegründete und seit 1920 vom Institut herausgegebene Zeitschrift „Die ärztliche Mission", (zu beziehen vom Evang. Missionsverlag, Stuttgart), als sein Fachorgan gewählt hat.

Bis zum Herbst des Jahres 1928 sind aus dem Institut 25 Missionsärzte, 40 medizinisch geschulte Missionare und über 200 Kranken- und Hebammenschwestern hervorgegangen. Im Tropengenesungsheim wurden rund 6000 Patienten mit 160 000 Verpflegungstagen aufgenommen und zahlreiche Personen auf Tropentauglichkeit untersucht. So hat sich das Institut zu einem Mittelpunkt für die evang. missionsärztlichen Bestrebungen unseres Vaterlandes entwickelt und ist freudig bereit, den Missionsgesellschaften mit ihren Ärzten und Schwestern, sowie den Vereinen für ärztliche Mission mit Rat und Tat zu dienen und um alle Freunde der Sache ein einigendes Band zu schlingen. Sein Jahresbericht kann kostenlos von Tübingen bezogen werden.

Alle Studierenden, die in das Studentenheim des Instituts aufgenommen zu werden wünschen, haben ihrer Meldung einen kurzen Lebenslauf beizufügen, der auch über ihre innere Stellung zum Christentum bzw. zur Mission Auskunft geben soll. Leider sind die Stipendien, die vor dem Krieg dem Institut zur Verfügung standen, der Inflation zum Opfer gefallen; doch kann jetzt bereits wieder geeigneten Bewerbern auf Grund eines schriftlich einzureichenden Antrags durch Ermäßigung des Verpflegungssatzes eine wesentliche Erleichterung gewährt werden. Der Studierende erhält ein gut möbliertes Zimmer mit Bettwäsche, einfache aber gute Beköstigung, Heizung und Beleuchtung, freie Benützung der Bücherei, des Gartens und Spielplatzes, der Lese- und Gesellschaftsräume; hierfür werden zurzeit im Sommersemester ℳ 95.—, im Wintersemester ℳ 100.— monatlich berechnet. Die Teilnahme an der zweisemestrigen Vorlesung für Kliniker über Tropenheilkunde ist für die Missionsstudenten frei. Durch die am Institut und Tropengenesungsheim tätigen Ärzte sowie durch heimgekehrte Missionsärzte und Missionare wird ihnen wertvolle berufliche Anregung zuteil; durch die Professoren der Theologie, Missionsdirektoren,

Geistliche und Missionsfreunde können sie reiche Förderung ihres inneren Lebens erhalten. Auch von seiten der Medizinischen Fakultät erfahren sie großes Entgegenkommen. Nach der erhaltenen Approbation will ihnen das Institut zu einer zweckentsprechenden Weiterbildung und Vorbereitung für das Missionsfeld behilflich sein.

Die Anstellungsbedingungen für den Missionsarzt sind bei den einzelnen Missionsgesellschaften verschieden, sodaß sie bei diesen erfragt werden müssen. Bei einigen sind sie der staatlichen Besoldungsordnung für Akademiker in der Heimat angepaßt. Da der Missionsarzt ebenso wie der Missionar seinen Dienst als Lebensberuf aufzufassen pflegt, empfiehlt es sich, daß er schon bei Beginn seiner Laufbahn mit einer bestimmten Missionsgesellschaft in Verbindung tritt. Zurzeit haben die folgenden Missionsgesellschaften Ärzte in ihrem Dienst: Die Basler, Berliner, Betheler, Leipziger, Liebenzeller, Neukirchener, Rheinische, Sudan-Pionier- und die Ostasien-Mission.

Die innere Befähigung zu dem Beruf eines Missionsarztes ergibt sich aus der auf persönlicher christlicher Glaubensüberzeugung begründeten Bereitschaft, in der Verantwortung vor Gott die Wortverkündigung des Missionars durch den ärztlichen Dienst zu unterstützen. Bei dieser Einstellung wird es dem Arzte möglich sein, das rechte Verhältnis zu der Leitung seiner Missionsgesellschaft und ihren Missionaren, zu dem europäischen und eingeborenen Krankenpflegepersonal und zu der Bevölkerung des Missionsgebietes zu finden.

Für den künftigen Missionsarzt wird, wie für alle Missionsarbeiter, volle körperliche und geistige Gesundheit und Tropentauglichkeit gefordert. Selbstverständlich muß jeder deutsche Missionsarzt das Staatsexamen mit Erfolg bestanden haben und als Arzt approbiert sein, wozu ein 6jähriges Studium, einschließlich des Examenssemesters, und ein einjähriger Praktikantendienst, also eine siebenjährige Schulung nötig ist. Hierfür sind als untere Grenze etwa ℳ 10 000.— in Aussicht zu nehmen, eine Summe, die unter Umständen durch Universitäts- und Staatsstipendien herabgemindert werden kann. Da die angehenden Missionsärzte damit zu rechnen haben, daß sie den Aufgaben einer vielseitigen und großen Praxis gewachsen sein müssen, sollten sie sich durch eine 2—3jährige Assistentenzeit eine weitere Fortbildung auf dem Gebiet der Chirurgie, der Geburtshilfe, der Augen- und Zahnheilkunde und der Tropenmedizin (Laboratoriumstechnik) angelegen sein lassen. Unerläßlich erscheint auch das frühzeitige Erlernen fremder Sprachen, namentlich des Englischen.

Für Missionare ist ein 6—10monatiger Samariterkurs oder ein 3monatiger Krankenpflegekurs vorgesehen. Die Hebammenausbildung für Schwestern dauert ein Jahr für solche, die das staatliche Krankenpflege-Examen bestanden haben, andernfalls 1½ Jahre. Den 3wöchigen Tropenkurs sollten alle Missionare und Schwestern mitmachen! — Die Hausordnung kann von der Direktion kostenlos bezogen werden.

*

g) Im Krieg gefallene Studenten des Deutschen Instituts f. ärztl. Mission

Piam in memoriam!

Ernst v. Donop, stud. med., am 9. 9. 1914 als Leutnant bei Korklack (Ostpr.).
Heinz Schuchardt, stud. med., am 21. 12. 1914 als Einjähr.-Oberjäger beim Sturm engl.-ind. Schützengräben bei La Bassée.
Eberhard Fuchs, stud. med., am 30. 5. 1915 als Fahnenjunker in den Argonnen.
Karl Stephan, stud. med., als Gefreiter vermißt seit 15. 6. 1915 in den Vogesen.
August Weller, stud. med., am 11. 8. 1915 als Unteroffizier in den Argonnen.
Ernst Werner, stud. med., am 31. 8. 1915 als Fahnenjunker-Unteroffizier am Schratzmännle.

Karl Hettler, stud. med., am 28. 9. 1915 als Freiwill.-Unteroffizier bei Reims.
Kurt Weinsheimer, stud. med., am 2. 10. 1915 als Kriegsfreiwilliger seiner Verwundung erlegen.
Ernst Pohl, Dr. med., am 9. 6. 1918 als Oberarzt d. R. am Ourq.
Karl Rötter, Dr. med., am 11. 9. 1918 als Oberarzt d. R. bei der Marneoffensive.
Wilhelm Bultmann, cand. med., im Oktober 1919 an den Folgen der russischen Gefangenschaft u. Flecktyphus zwei Monate nach Rückkehr ins Elternhaus gestorben.
Wilhelm Cellarius, stud. theol., am 22. 8. 1914 als Einjähr.-Gefreiter bei Anloy (Belgien).
Siegfried Traub, stud. theol., am 21. 10. 1914 als Offizier-Stellvertreter bei Becelaire (Flandern).
Alfred Maier, stud. phil., am 24. 5. 1915 als Leutnant und Kompagnieführer vor Ypern.
Paul Huppenbauer, stud. phil., am 29. 9. 1916 als Offizier-Aspirant bei Grandcourt-Thiepval.
Ernst Hampe, stud. theol., am 6. 6. 1917 als Leutnant d. R. in der Schlacht an der Aisne.
Oskar Günther, stud. jur., am 22. 4. 1917 als Leutnant d. R. bei Arras.
Jakob Dannholz, Missionar, am 25. 8. 1918 in der Gefangenschaft in Heliopolis an der Tropenruhr gestorben.
Diedrich Thien, stud. theol., am 13. 10. 1918 an doppelseitiger Lungenentzündung im Feldlazarett Fourmies gestorben.

h) Tropenpraxis in Tübingen

1. In der provisorischen Krankenstation des Instituts:

Jahr:	Patienten:	Verpflegungstage:
1. 1.—30. 9. 1910	18	286
1910/11	38	737
1911/12	60	1 746
1912/13	83	2 011
1913/14	130	1 839
Gesamtsumme:	329	6 619

2. In dem am 15. November 1916 eröffneten Tropengenesungsheim:

Jahr:	Patienten:	Verpflegungstage:
1916/17	328	7 216
1917/18	451	9 922
1918/19	390	16 547
1919/20	457	17 015
1920/21	522	17 383
1921/22	586	18 023
1922/23	509	18 298
1923/24	458	9 245
1924/25	565	12 863
1925/26	500	10 957
1926/27	508	12 347
Gesamtsumme:	5 274	149 816

Die Patienten kamen aus folgenden 78 überseeischen Ländern:

1. Afrika: Marokko, Algier, Tunis, Senegambien, Liberia, Goldküste, Togo, Kamerun, Fernando Po, Kongo, Angola, Südwestafrika, Kapland, Natal, Transvaal, Mozambique, Britisch-Ostafrika, Tanganyika-Gebiet, Ägypten, Abessinien.
2. Amerika: Labrador, Nikaragua, Texas, Honduras, Mexiko, Kanada, Vereinigte Staaten von Nordamerika, Surinam, Jamaika, San Salvador, Guatemala, Ecuador, Chile, Bolivien, Peru, Paraguay, Argentinien, Kuba, Venezuela, Uruguay.
3. Asien: Palästina, Anatolien, Syrien, Armenien, Mesopotamien, Persien, Kaukasus, Turkestan, Himalaya, Tibet, Britisch-Indien, Ceylon, Buchara, Tongkin, Hongkong, Siam, China, Japan, Korea, Tsingtau, Sibirien.
4. Australien: Südaustralien, Neuguinea.
5. Inselwelt: Truk, Yap, Neupommern, Sumatra, Nias, Borneo, Java, Haiti, Tahiti, Honolulu, Celebes, Mentawei, Samoa, Sangir, Ambon.

Außerdem stellten sich Kranke aus 24 Staaten Europas ein.

Prospekte des TGH gratis. Fernruf 664. Postscheck 20 956 Stuttgart.

*

i) Wissenschaftliche Arbeiten aus der Tropenabteilung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission

1. Doktorarbeiten

1. Heinrich Meinhof: Zur Klinik und Morphologie der Filaria und Mikrofilaria loa (diurna). Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1913, Beiheft 2.
2. Max Gäbel: Zur Pathogenität der Flagellaten. Ein Fall von Tetramitidendiarrhöe. Arch. f. Protistenkunde 1914.
3. P. Sassen: Über die Methoden der Malaria-Provokation. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1919 (Nr. 12).
4. Th. Dobler: Dermatitis linearis migrans im Spätstadium von Ankylostomiasis (zur Frage der Autoinfektion mit Ankylostoma duodenale). 1920.
5. Fr. Kostelezky: Die Behandlung der ostafrikanischen Framboesie mit Arsenophenylglycin. 1920.
6. H. Klemm: Beobachtungen über langjährige Schistosomiasis. 1921.
7. S. Waidelich: Beitrag zur Sprue (Aphthae tropicae). 1921.
8. Chr. Bader: Über perniciöse Anämie bei Sprue. 1921.
9. Hugo Sigel: Sind die farbigen Besatzungstruppen eine besondere gesundheitliche Gefahr für das deutsche Volk? 1922.
10. Heinrich Traut: Fortschritte in der Leprabehandlung seit der letzten Internationalen Leprakonferenz (August 1909 in Bergen). 1923.
11. Bruno Popp: Cyklopiden, Argasiden, Pediculiden, Cimiciden, Puliciden als Zwischenwirte tropischer Krankheitserreger. 1923.
12. Wilhelm Ellermeier: Dipteriden als Zwischenwirte tropischer Krankheitserreger. 1923.
13. Willy Dannert: Welche Lehren für die Gesundheitsfürsorge in Westafrika gibt uns die 100jährige Erfahrung der Basler und Barmer Mission? 1923.
14. Peter Johannsen: Haemogramme bei Tropenkindern. 1923.
15. Karl Gehring: Die Infektion des Menschen mit tropischen Helminthen im Rahmen ihres Entwicklungsganges. 1923.

16. Paul Schneller: Die tropenhygienische Sanierung Palästinas. 1923.[1])
17. Hans Dörner: Die Behandlung zweier Leprafälle mit den Aethylestern der Fettsäuren des Chaulmoograöls. 1924.
18. Hermann Lutz: Ist der Aussatz der Bibel identisch mit der heutigen Lepra? 1924.
19. Harald Schmidt-Dannert: Zur Frage des Karzinoms in den Tropen. 1926.
20. Elsa Uhlendorf: Über Appendicitis in exotischen Ländern. 1928.

2. Tropenmedizinische Veröffentlichungen des Ärztestabes:

1. Dr. Olpp: Das Deutsche Institut für ärztliche Mission. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1909, Beiheft 6.
2. — — Bericht über die Verhandlungen der Sektion für Schiffahrtsmedizin und Tropenkrankheiten auf dem 16. Internat.-medizinischen Kongreß in Budapest. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1909 (Nr. 18).
3. Priv.-Doz. Dr Olpp: Beiträge zur Medizin in China mit besonderer Berücksichtigung der Tropenpathologie. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 1910, Beiheft 5.
4. — — Chinesisches Moskitolämpchen. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1910 (Nr. 23).
5. — — Erfahrungen eines Missionsarztes in Südchina. Münch. Med. Woch. 1910 (Nr. 4).
6. — — Einführung in die Tropenmedizin. Die ärztl. Mission 1911 (Nr. 1—3).
7. — — Erfahrungen in der provisorischen Krankenstation in Tübingen. Gedrucktes Protokoll der Jahresversammlung des Deutschen Instituts für ärztl. Mission 1911.
8. — — Praktische Winke aus der Tropenhygiene für Missionsarbeiter. Ebendort 1912.
9. — — Tropenmedizin. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. 1912. Okt.-Heft.
10. — — Stand und Bedeutung der ärztlichen Mission in den deutschen Schutzgebieten. Koloniale Rundschau 1912 (Heft 10).
11. — — Malaria. Die ärztliche Mission 1912 (Beiheft 1).
12. — — Tropische Krankheiten und Krankheitserreger bei Vorführung lebender Lichtbilder durch den Kinematographen. Münch. Med. Woch. 1912 (Nr. 40).
13. — — Englische und deutsche Missionskrankenanstalten in den Tropen. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1912, Beiheft 4.
14. — — Gefahren für die Gesundheit in den Tropen. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene 1912 (Nr. 8).
15. — — Medizinische Ausrüstung für Missionsärzte, Missionare u. Schwestern. Protokoll der Jahresversammlung des Deutschen Instituts für ärztl. Mission 1912.
16. — — Tropenärztliche Erfahrungen aus Tübingen. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1912, Beiheft 1.
17. — — Vom 15. Internationalen Hygiene-Kongreß in Washington. Arch. für Schiffs- und Trop.-Hyg. 1912 (Nr. 24).
18. Dr. Fiebig: Die Gesundheitsverhältnisse der rheinischen Missionsarbeiter. Protokoll der Jahresversammlung des Deutschen Instituts für ärztl. Mission 1912.
19. Priv.-Doz. Dr. Olpp: Tropenhygienische Rundschau. Kolon. Rundsch. 1913, Heft 3, 6, 9, 12; 1914, Heft 3 und 6.

[1]) Im Druck erschienen unter dem Titel: „Die Krankheiten Palästinas und ihre Bekämpfungsmöglichkeiten". 1923.

20. Priv.-Doz. Dr. Olpp: Englische und deutsche Leistungen auf missionsärztlichem Gebiet. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene 1913 (Nr. 22).
21. — — Ärztliche Tätigkeit in der Mission. Aus der Werkstatt des Missionars, Basel 1913.
22. — — Schwarzwasserfieber. Die ärztliche Mission 1913 (Beiheft 2).
23. — — Kinematographische Demonstrationen mit Erläuterungen. Münch. Med. Woch. 1913 (S. 562).
24. Dr. H. Feldmann: Die englisch-amerikanische missionsärztliche Arbeit und unsere deutsche. Aus der Werkstatt des Missionars. Basel 1913.
25. — — Über die Ausbildung, Tätigkeit und Ziele des Missionsarztes. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1914 (Nr. 7).
26. Priv.-Doz. Dr. Olpp: Deutsche Bestrebungen für ärztliche Mission. Akad. Rundschau 1914, Heft 6.
27. — — Zur Stimmgabel-Stethoskop-Methode. Münch. Med. Woch. 1914 (Nr. 30).
28. — — Tätigkeit u. Aufgaben eines deutsch. Missionsarztes. Med. Klinik 1914 (Nr. 16).
29. — — Über die Ausbildungsstätten des missionsärztlichen Personals in der europäischen Heimat einst und jetzt. Jahrbuch der ärztlichen Mission 1914.
30. — — Tropenhygienische Rundschau für Missionsarbeiter. Jahrbuch der ärztlichen Mission 1914.
31. Prof. Dr. Olpp: Moderne Malariabehandlung. Fortschritte der Medizin 1916/17 (Nr. 36).
32. — — Ein Genesungsheim für Tropenkranke. Kolon. Rundschau 1917.
33. — — Das neueröffnete Tropengenesungsheim in Tübingen. Mediz. Klinik 1917 (Nr. 26).
34. — — Pädagogische Erinnerungen aus der Tätigkeit eines Missionsarztes. Päd. Blätter 1917 (Nr. 4).
35. — — Praktisches über Moskiten- und Malariabekämpfung. Med. Korr.-Bl. für Württemberg 1917 (Nr. 8 und 9).
36. — — Das Tropengenesungsheim in Tübingen. Med. Korr.-Bl. für Württemberg 1917 (Nr. 20).
37. — — Über die Moskiten im Tübinger Bezirk. Münch. Med. Woch. 1917 (Nr. 36).
38. — — Ein Fall von Lepra aus Brasilien. Ebendort 1917 (Nr. 36).
39. — — Ein Wünschelrutenfähiger aus Ostafrika. Ebendort 1917 (Nr. 37).
40. — — Jahresberichte des Deutschen Instituts für ärztliche Mission 1911—1928.
41. — — Missionsärztliches Institut und Tropengenesungsheim. Universitäts-Zeitung, Sonderheft der Universität Tübingen 1917.
42. — — Über Maltafieber, Sprue, Bilharziosis und Filariasis. Münch. Med. Woch. 1918 (Nr. 50).
43. Dr. K. Huppenbauer: Chirurgische und ophthalmologische Erfahrungen von der Goldküste. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1918 (Nr. 19).
44. Dr. H. Feldmann: Welche Schäden sind der deutschen evangelischen ärztlichen Mission in den deutschen Kolonien durch den Krieg entstanden? Kolon. Rundschau 1919, Heft 7, 8, 9.
45. Prof. Olpp: Ergebnis der Tauteschen Schlafkrankheitsforschung. Münch. Med. Woch. 1919 (S. 1308).
46. — — Der Wert des Tropengenesungsheims für Auslanddeutsche. Der Auslanddeutsche 1920. März-Heft.

47. Prof. Olpp: Tropenärztliche Bestrebungen in Tübingen. Med. Blätter für Auslanddeutsche 1920 (Nr. 5).
48. Dr. K. Huppenbauer: Praktische Mindestforderungen für tropische Laboratoriumseinrichtung. Med. Blätter für Auslanddeutsche 1920 (Heft 8—11).
49. — — Über die Herstellung von Blutausstrichen für die mikroskopische Untersuchung. Die ärztliche Mission 1920 (Nr. 1).
50. Dr. Härle: Aus siebenjähriger Praxis in Bagdad. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1920 (Nr. 10).
51. Dr. K. Huppenbauer: Augenärztliches aus einer westafrikanischen Negerpraxis. Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde 1921. Mai-Heft.
52. Prof. Olpp: Anschauungsmittel in der Tropenmedizin. Med. Korr.-Bl. für Württemberg 1921.
53. — — Der Stand der deutschen ärztlichen Mission im Ausland. Der Auslanddeutsche 1921. 1. Okt.-Heft.
54. — — Entwicklung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission. Kolon. Rundschau 1921, Heft 5.
55. Dr. K. Huppenbauer: Über Einrichtung und Führung einer meteorologischen Beobachtungsstation in den Tropen. Die ärztliche Mission, Jahrgang 1921/22, Nr. 1 und 2.
56. — — Taschenmikroskop. Ebendort 1922 (Nr. 1).
57. — — Über Anreicherungsverfahren bei Stuhluntersuchungen. Ebendort 1922 (Nr. 3).
58. — — Unsere Wurmkuren. Ebendort 1922 (Nr. 4).
59. — — Über Yatrenbehandlung. Münch. Med. Woch. 1922.
60. — — Yatrenbehandlung der chronischen Amöbendysenterie. Med. Korr.-Bl. für Württemberg 1922 (Nr. 4).
61. Prof. Olpp: Chinesische Medizin und Naturwissenschaft. Das Licht des Ostens 1922.
62. — — Die neue Entdeckung über den Infektionsweg der Askariden. Med. Korr.-Bl. für Württemberg 1922.
63. — — Das Tropenkinderheim des Deutschen Instituts für ärztl. Mission. Münch. Med. Woch. 1922.
64. — — Spezifische Therapie und Prophylaxe des Gelbfiebers. Münch. Med. Woch. 1922 (Nr. 9).
65. — — Moderne Behandlung der Lepra mit Chaulmoograderivaten. Klin. Woch. 1922 (Nr. 47).
66. Dr. J. Winkler: Der deutsche Missionsarzt, Aufgaben und Ausblicke. Die ärztliche Mission 1922 (Nr. 1).
67. Dr. K. Huppenbauer: Yatren und Amöbenruhr. Münch. Med. Woch. 1923 (Nr. 19).
68. Prof. Olpp: Malaria, Winke für Laien. Basel 1923.
69. — — Arzt und Auslanddeutschtum. Der Auslanddeutsche 1923.
70. Dr. K. Huppenbauer: Über einen Fall von 17 Jahre alter Amöbenruhr und seine Heilung durch Yatren per rectum. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1925 (Nr. 2).
71. — — Die Yatren-105-Therapie der Amöbenruhr. Münch. Med. Woch. 1925 (Nr. 43).
72. — — Der Natürliche Blutatlas. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. 1925 in Beiheft 1.

73. Dr. Winkler: Die Toba-Batak auf Sumatra in gesunden und kranken Tagen. 225 Seiten. Verlag Belser, Stuttgart 1925.
74. — — Unser Missionshospital in Pearadja 1900—1928. Barmen 1928.
75. Dr. K. Huppenbauer: Balneo- und Klimatotherapie der Tropenkrankheiten. Bd. V Handbuch der Balneologie 1926.
76. — — Zur Frage der Tropentauglichkeit. Festschr. Nocht, Abhandl. aus dem Gebiet der Auslandskunde 1927. Hamburgische Universität. Band 26, Reihe D, Med. Bd. 2.
77. — — Das subaquale Darmbad. Verlag Phil. Hauck, Pforzheim 1928.
78. Prof. Dr. Olpp: Zur Kolonialfrage. Der Deutsche Gedanke 1927, 2. Dez.-Heft.
79. — — Erfahrungen aus der ostasiatischen Praxis. Festschr. Nocht, Abhandl. aus dem Gebiet der Auslandskunde 1927. Hamburgische Universität Band 26, Reihe D, Med. Bd. 2.
80. — — Neue Ergebnisse der Lepraforschung. Klin. Woch. 1928 (Nr. 39).

*

k) Der dreiwöchige Tübinger Tropenkurs

Der Tropenkurs findet alljährlich in den akademischen Herbstferien statt. Der jeweilige Beginn wird in der Zeitschrift „Die ärztliche Mission" rechtzeitig bekanntgegeben.

Arbeitszeit: 8—12 Uhr vormittags Vorlesungen, Diktat, Demonstrationen und Abzeichnen der Wandtafeln im Hörsaal des Instituts.

Nachmittags von ½4 Uhr an: Praktische Übungen in Gruppen im Laboratorium des Tropengenesungsheims: Blutentnahme, Blutausstriche, Stuhlpräparate. — Für Krankenschwestern und Fortgeschrittenere während und nach Abschluß des Kurses weitere mikroskopische Übungen nach Vereinbarung.

Abends 8¼ Uhr: Kinematographische Vorführung von tropischen Krankheitserregern und Überträgern, Lichtbildervorträge.

Kosten des Kurses: Mit voller Verpflegung für Missionsangehörige RM. 100.—. für andere Teilnehmer RM. 120.—.

Anmeldung und Wohnung: Im Deutschen Institut für ärztliche Mission, Tübingen.

Ausflüge: Ehemaliger Königssitz Bebenhausen, Wurmlinger Kapelle, Hohenzollern, Lichtenstein.

Vortragende: Prof. Dr. Olpp, Oberarzt Dr. Huppenbauer, Dr. Winkler.

Lehrplan des Kurses:

Geschichtliche Einführung und Literatur-Angaben

I. Protozoenkrankheiten:

Malaria (Geschichte, Erreger, Überträger, Verlauf, Behandlung und Bekämpfung)
Schwarzwasserfieber
Leishmaniosen (Kala-Azar, Orientbeule)
Trypanosomiasen (Schlafkrankheit, Chagaskrankheit)
Amöben-Dysenterie und Leberabszeß

II. Spirosomenkrankheiten:

Rekurrens (Afrikan. Zeckenfieber)
Gelbfieber
Framboesie
Ulcus tropicum

III. Bakterielle Krankheiten:

Bazillen-Dysenterie
Pest
Lepra
Undulierendes Fieber
Cholera asiatica

IV. Sonstige tropische Infektionskrankheiten:

Fleckfieber
Variola, Variolois, Alastrim
Dengue-Fieber
Papataci-Fieber
Kedani-Krankheit

V. Exotische Wurmkrankheiten:

Filariasis
Dracunculosis (Medinawurm)
Ankylostomiasis
Schistosomiasis
Fasciolopsiasis
Clonorchiasis
Dibothriocephalus

VI. Exotische Hautkrankheiten:

Tropischer Ringwurm
Tinea imbricata
Madurafuß
Pinto-Krankheit
Verruga peruviana
Gangosa
Gundu
Ainhum

VII. Durch Arthropoden verursachte Krankheiten:

Myiasis
Sarcopsylla (Sandfloh)
Porocephalus

VIII. Exotische Gifttiere:

Schlangen (Colubriden, Viperiden)
Skorpionen
Giftige Spinnen
Hundertfüße
Giftige Fische
Verdächtige Echsen

IX. Exotische Nährschäden:

Beriberi
Sprue
Pellagra
Pflanzenvergiftungen

X. Sonn- und Hitzschäden:

Sonnenbrand
Roter Hund
Sonnenstich
Hitzschlag

XI. Tropenhygiene und Klimatologie:

Persönliche Hygiene
Hygiene der Ernährung
Hygiene der Kleidung
Wohnungshygiene
Persönliche Ausrüstung für die Tropen

XII. Medizinische Ausrüstung:

Tropenapotheke
Instrumentelle Ausrüstung
Krankenpflegeartikel
Hebammenausrüstung
Laboratoriumsausrüstung und Mikroskop
Verbandstoffe

XIII. Diversa:

Augen- und Ohrenkrankheiten in den Tropen
Die Kunst der Zahnextraktion
Typische Verbände
Intravenöse Injektionstechnik

1) Deutsche missionsärztliche Literatur

I. Allgemeines:

Aschoff, L., **Medizin und Mission im fernen Osten.** Berlin 1926, Ostasien-Mission.
Becker, C., **Ärztliche Fürsorge in Missionsländern.** Xaverius-Verlag, Aachen 1921.
Bettin, A., **Die Evangelisationskraft der ärztlichen Mission.** Barmen 1910, Missionsbuchhandlung.
Canaan, T., **Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel.** Hamburg 1914.
Christlieb, Th., **Ärztliche Missionen.** Gütersloh 1889, Bertelsmann.
Dannholz, J., **Im Banne des Geisterglaubens.** Leipzig 1916.
Eckhardt, A., **Land, Leute und ärztliche Mission auf der Goldküste.** Basel 1908, Missionsbuchhandlung.
Feldmann, H., **Die ärztliche Mission unter Heiden und Mohammedanern.** Basel 1904, Missionsbuchhandlung.
— — **Die Erhaltung und Vermehrung der Eingeborenen-Bevölkerung.** Hamburg 1923, L. Friederichsen.
Fink, C., Knak, S., König, H., u. a.: **Ärztliche Mission. Ein eigenartiger Zweig deutsch-evang. Kulturarbeit in den Ländern über See.** Berlin 1926, Missionsbuchhandlung.
Fisch, R., **Tropische Krankheiten.** 5. Aufl. Basel, Missionsbuchhandlung.
— — **Nord-Togo und seine westliche Nachbarschaft in Bildern u. Skizzen.** Ebenda.
Holst, J., **Not und Pflege der Aussätzigen von Usambara.** Bethel 1916.
Hueck, O., **Als Missionsarzt in China.** Barmen 1926, Missionsbuchhandlung.
Ittameier, C., **Die Erhaltung und Vermehrung der Eingeborenen-Bevölkerung.** Preisgekrönte Bearbeitung der Woermann-Preisaufgabe. Hamburg 1923, L. Friederichsen.
Jäckel, M., Gananoa, **Die Missionsarbeit im Gebiet von Blauberg in Südafrika.** Berlin.
Kammerer, J., **Die ärztliche Mission. Ihre Notwendigkeit, ihre Methode und ihre Erfolge.** Stuttgart, Steinkopf.
— — **Der Heiden Elend, der Liebe Dienst.** Basel 1917, Missionshaus.
— — **Außer dem Lager. Bilder aus der Aussätzigen-Mission.** 4. Auflage. Stuttgart 1917.
— — **Ein Tag beim Missionsarzt.** 4. Aufl. Stuttgart 1922.
— — **Bilder aus dem Missionsspital.** 3. Aufl. Stuttgart 1922.
— — **Der Sieg der Liebe. Bilder aus der ärztlichen Mission unter Mohammedanern.** 4. Aufl. Basel 1915, Missionshaus.
— — **Das Aussätzigenasyl in Kalikut.** 2. Aufl. Stuttgart 1911.
— — **Doktor Kraftwurzel. Samariterdienst.** 3. Aufl. Stuttgart 1922.
— — **Hephata. Heidnische Krankheitsnot und christliche Liebeshilfe.** Stuttgart.
— — **Du sollst leben!** 2. Aufl. Stuttgart.
— — **Zauberdoktor oder Missionsarzt?** Stuttgart 1922.
— — **Im Trübsalsfeuer. Bilder aus der ärztlichen Mission im Weltkrieg.** Heft 1—3. Stuttgart 1917—1920.
— — **Die Einweihung des Deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen am 20. Oktober 1909.** Verlag Steinkopf, Stuttgart.
— — **Die deutsche ärztliche Mission. Dargestellt in 85. Lichtbildern.** Buch- und Lichtbilderverlag Benzinger, Stuttgart.
Knak, S., **Ärztliche Mission in China.** Berlin 1922 Missionshaus.

Kootz-Kretschmer, E., **Die Safwa.** Berlin 1926.
Kupfernagel, P., **Die Heiltätigkeit des Missionars.** Basel 1911, Missionshaus.
Lechler, P., **Die ärztliche Mission und ihre Bedeutung für die kulturelle Entwicklung unserer Schutzgebiete.** Berlin 1910.
Lombard, Eva, **Briefe einer Missionsärztin.** Zürich 1924.
Müller, S., **Der Doktor in Bumbuli.** Bethel 1928.
Naab, Thea, **Drei Jahre in Mesopotamien.** Basel 1918.
Olpp, G., **Die ärztliche Mission und ihr größtes Arbeitsfeld.** 1. Teil. Barmen 1909.
Reichel, L., **Heidnische Krankenbehandlung und ärztliche Mission.** Herrnhut 1918.
Schweitzer, A., **Zwischen Wasser und Urwald.** Bern 1921, Paul Haupt (vorm. Drechsel).
— — **Mitteilungen aus Lambarene.** Heft 1—3. Bern und Straßburg 1925—1928.
Sickinger, O., **Ärztliche Mission in Niederländisch-Indien.** Neukirchen 1925.
Spaich, W., **Heilet die Kranken. Bilder aus der Krankheitsnot in heidnischen Ländern.** Stuttgart 1926.
— — **Nacht und Licht in Borneo.** Stuttgart 1927.
Stölten, H. O., **Der Arzt als Bahnbrecher christlicher Kultur oder die Mission des Arztes in China.** Jena 1890, Neuenhahn.
Vortisch van Vloten, H., **Chinesische Patienten und ihre Ärzte.** Gütersloh 1914, Bertelsmann.
— — **Hin und her auf der Goldküste.** Basel 1907.
— — **Die Spitaluhr. Der Tempel des Frühlings.** Stuttgart 1911.
— — **Der Aussätzigen Not in alter und neuer Zeit.** Basel 1913.
— — **Der Missionsarzt in China.** Basel 1914.
Wilde, M., **Machet die Kranken gesund! Aus der Missionsarbeit in Bochum-Blauberg.** Berliner Mission.
Winkler, J., **Die Toba-Batak auf Sumatra in gesunden und kranken Tagen.** Stuttgart 1925, Belser.
— — **Im Dienst der Liebe. Unser Missionshospital in Pearadja 1900—1928.** Barmen 1928, Missionsbuchhandlung.
Witt, E., **Ein Doktor für Alles. Missionsärztliche Skizzen aus China.** Liebenzell 1925.
— — **Ärztliche Mission.** Liebenzeller Mission.
Witte, H., **Hilfe für die Not der Kranken in China.** Berlin-Schöneberg 1911.
Würz F., **Der Missionsarzt.** Basel 1907.
Zernick, F. K., **Ein Paradies.** (Aussätzigen-Asyl Purulia.) Berlin-Friedenau.

Jahrbuch der ärztlichen Mission 1914. Herausgegeben vom Verband der deutschen Vereine für ärztliche Mission. Gütersloh 1914, Bertelsmann.
Winke für die Vorbereitung missionsärztlicher Vorträge. Deutsches Institut für ärztliche Mission Tübingen 1928.
Merkblatt: Deutsches Institut für ärztliche Mission Tübingen. 1928.

II. Lebensbilder:

Erhart, W., **Erinnerungen an Dr. med. Grimm.** Berlin 1921, Missionsbuchhdlg.
Kammerer, J., **Dr. Eugen Liebendörfer.** Ein Bahnbrecher der deutschen ärztlichen Mission in Indien. 3. Aufl. Stuttgart 1927.

Kammerer, J., Dr. **William Elmslie,** Missionsarzt in Kaschmir. Basel 1903.
— — **Im Dienste des Meisters.** Leben und Wirken der Missionsärzte Dr. Pennell, Dr. Schneiter und Dr. Jackson. Stuttgart 1913.
Kraus, O., **Albert Schweitzer, sein Werk und seine Weltanschauung.** Pan-Verlag. München. Rolf 1926.
Schlipköter, W., **Unter den Negern Aquatorialafrikas.** Auszüge aus den Werken von Albert Schweitzer. 1925.
Schweitzer, A., **Aus meiner Kindheit und Jugendzeit.** München 1924, Beck.

III. Zeitschriften, Mitteilungen, Berichte:

Die ärztliche Mission. Vierteljahrszeitschrift. Stuttgart, Evang. Missionsverlag.
Mitteilungen des Berliner Vereins für ärztliche Mission. Berlin NO 43, Georgenkirchstraße 70.
Mitteilungen des Rheinischen Vereins für ärztl. Mission. Barmen, Rudolfstr. 137.
Licht im Dunkel. (Vierteljährlich.) Bethel b. Bielefeld.
Nachrichten aus der ärztlichen Mission in Tsiningchow (China). (3—4mal jährl.) Berlin W 35, Potsdamerstr. 28.
Jahresbericht des Deutschen Instituts für ärztliche Mission und des Tropengenesungsheims in Tübingen.
Jahresbericht des Stuttgarter Vereins für ärztl. Mission. Stuttgart, Heusteigstr. 34.
Jahresbericht des Tungkuner Missionshospitals. Barmen, Rudolfstr. 137.
Jahresbericht des Aussätzigen-Asyls Jesushilfe bei Jerusalem. Herrnhut i. Sa.
Katholische missionsärztliche Fürsorge. Jahrbuch des katholischen Vereins für missionsärztliche Fürsorge und des missionsärztlichen Instituts. Herausgegeben von Dr. C. Becker, Aachen.

2. Die deutsche ärztliche Mission in Übersee

Land	Missionsgesellschaft	Station	Name des Hospitals
China	Basler Mission	Kayin	Tet Tsi Hospital
	Basler Mission	Kayin	Tet Tsi Hospital
	Basler Mission	Honyen	Yin Tsi Hospital
	Berliner Mission	Namjung	Chin. Deutsches Krankenhaus
	Liebenzeller Mission	Changsha	Hudson Taylor Hospital
	Liebenzeller Mission	Changsha	Hudson Taylor Hospital
	Liebenzeller Mission	Hungkiang	Krankenhaus der Barmherzigkeit
	Rheinische Mission	Tungkun	Po' tsai i ün
	Bibelchristen	Hinghwa	Shing yen
	Allg. ev. prot. Miss.-Verein	Tsining	Haus Hamburg
	Deutsch. Frauen-Miss.-Bund	Shunking	
Britisch-Indien	Basler Mission	Bettigeri	
	Basler Mission	Udipi	
	Basler Mission	Kalikut	
Java	Neukirchener Mission	Purwodadi	Pitulungan
	Neukirchener Mission	Blora	
	Neukirchener Mission	Blora	
Sumatra	Rheinische Mission	Pearadja	
	Rheinische Mission	Pearadja	
Persien	Lutherische Kurden-Mission	Sautschbulagh	
Ostafrika	Bethel Mission	Bumbuli	
	Leipziger Mission	Madschame	
	Berliner Mission	Itete	
Oberägypten	Sudan-Pionier-Mission	Assuan	
	Sudan-Pionier-Mission	Koschtamne	
Griechenland	Mildmay-Judenmission	Saloniki	
In Vorbereitung:			
Borneo	Basler Mission	Kwalakapuas	
Goldküste	Basler Mission	Agogo	
Kamerun	Basler Mission	Nyasoso	
Ostafrika	Bethel-Mission	Kamatschumu	

Ärzte und Ärztinnen	Krankenpflegepersonal: Europäer: Diakonen	Krankenpflegepersonal: Europäer: Schwestern	Krankenpflegepersonal: Eingeborene: Männliche	Krankenpflegepersonal: Eingeborene: Weibliche	Krankenhaus: Betten	Krankenhaus: Patienten	Krankenhaus: Täglicher Bestand	Poliklinik: Neue Patienten	Poliklinik: Konsultationen	Operationen	Bemerkungen
Dr. Müßig		3	2	4	60	615	40	3180	3816	196	2 chines. Assistenzärzte
Dr. Lutz											
Dr. Traut		2	3	1	40	439	18	2004	6000	33	
Dr. Deußen		2				155		3206	6053	174	
Dr. Eitel			3	2	20	86[1])	16	1400[2])	4700	62	
Dr. Witt											
Dr. Herr		1	1	1	55	236	14	2308	4993	122	
Dr. Hueck	1	1	6	2	96	563		2786	6070		
Dr. Neuffer		1	4		30	1800	6		6325	318	
Dr. Ellermeier		1	3		15	170	7	470	4290	57	
Frl. Dr. Soenderop		1									1 ind. Assistenzarzt
Dr. Emery		2	3	2	32	381	15	7800	33025	407	
Frl. Dr. Petitpierre [1])		1		3	14	202		5166	25908	36	1 ind. Ärztin
Dr. Sigel		2	13	8	250	2637	218	24736	48851	220	2 holl. Ärzte: Dr van der Ley Dr van Proosdij
Dr. Sickinger		3	20	11	150	2521	165	28790	40905	121	1 holl. Arzt: Dr van Leußen
Dr. Fast											
Dr. Wagner		3	18	16	80	2099	110	9338	25523	440	
Dr. Johannsen											
Dr. Schalk		1	1	1	25		15				
Dr. Müller		2	6	2	50	241[3])	45	751[4])	2905	30	
Dr. Puff		2	4		18	169	14	4104	7429	50	
Dr. Gründler[2])		1									
Dr. Kallenbach		2	1		20		20		6000[5])		
Frl. Dr. Herzfeld											
Dr. Goldstein									14279		
Dr. M. Vischer		1									
Dr. Fritz[3])											
1 med. geschult. Miss.		2									
Dr. Kröber											

[1]) 1. 10. bis 31. 12.
[2]) 1. 9. bis 31. 12.
[3]) 1. 10. bis 31. 12.
[4]) 1. 10. bis 31. 12.
[5]) 1. 11. bis 31. 12.

[1]) Für Kalikut ist Frl. Dr. Mehmke bestimmt.
[2]) Dr. O. Fischer und Dr. Eckhardt sind auf der Ausreise nach Itete.
[3]) reist erst 1929 aus.

b) Tropenärztliche Literatur

1. Für Ärzte.

Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. Von Professor Dr. Ruge, Professor Dr. Mühlens und Prof. zur Verth. 2. Aufl. Leipzig 1925. *M* 32.50.

Handbuch der Tropenkrankheiten. Von Prof. Dr. Mense. 3. Aufl. Bd. I *M* 58.—, Bd. II *M* 70.—, Bd. III *M* 40.—, Bd. IV *M* 70.—. Bd. V u. VI erscheinen demnächst.

Exotische Krankheiten. Von Prof. Martin Mayer. *M* 25.—.

Lehrbuch der medizinischen Entomologie. Von Dr. E. Martini. *M* 11.—.

Atlas und Lehrbuch wichtiger tierischer Parasiten und ihrer Überträger mit besonderer Berücksichtigung der Tropenpathologie. Von Prof. R. O. Neumann und Martin Mayer. *M* 40.—.

Das Blutbild und seine klinische Verwertung (mit Einschluß der Tropenkrankheiten). Von Victor Schilling. *M* 10.—.

Anleitung zur Diagnose im dicken Bluttropfen. Von Victor Schilling. *M* 1.—.

Praktische Blutlehre. Von Victor Schilling. *M* 1.20.

2. Für Laien.

Erster Unterricht in der Krankenpflege für Haus und Beruf. Von Professor Dr. med. J. Feßler. 142 Seiten. 7. Aufl. 1923. *M* 2.—.

Tropische Krankheiten. Von Dr. med. Fisch. Anleitung zu ihrer Verhütung und Behandlung, für Missionare, Kaufleute, Pflanzer und Beamte. Mit 37 Abbildungen. 4. gänzlich umgearbeitete Auflage. Brosch. *M* 8.—, geb. *M* 11.—.

Medikamentenlehre für Krankenpfleger und Krankenschwestern. Von Dr. phil. Paul Fleißig. Eigenschaften und Darstellungsweise der wichtigsten Arzneimittel, sowie allerlei praktische Vorschriften über die Handhabung dazugehöriger Geräte, nebst einer Anleitung zur Desinfektion. 197 Seiten. 5. Aufl. *M* 3.60.

Gesundheitlicher Ratgeber für Auswanderer. Zusammengestellt vom Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg. Mit 5 Abb. 59 Seiten. *M* 2.—.

Gesundheitsbüchlein für Auswanderer. Von Prof. Dr. med. Medizinalrat L. Külz. Ein Wegweiser, um in der Fremde gesund zu bleiben. Mit Anhang über Tierzucht und Tierhaltung in den Tropen. 127 Seiten. *M* —.80.

Tropenhygiene. Von B. Nocht. Sammlung Goeschen. 1923. Geb. *M* 1.25.

Tropisches Buschleben. Leben und Ausrüstung auf großen und kleinen Expeditionen in Afrika und Südamerika. Von Dr. Otto Stutzer. Mit 8 Tafeln. Geh. *M* 5.—.

Malaria. Von Prof. Dr. med. Gottlieb Olpp. Winke für Laien. *M* 1.—.

Kurzgefaßte Vorschriften zur Verhütung und Behandlung der wichtigsten tropischen Krankheiten bei Europäern und Eingeborenen für Nichtärzte. Von Professor Dr. A. Plehn. 34 Seiten. Geb. *M* 1.50.

Auswanderung und Tropenakklimatisation. Von Professor Dr. Karl Sapper. 86 Seiten. *M* —.90.

Natur und Lebensbedingungen in tropischen und tropennahen Gebieten. Von Prof. Dr. Karl Sapper. Ein praktischer Ratgeber. 115 Seiten. *M* 3.50.

Häusliche Krankenpflege. Von Dr. med. Hermann Vortisch. 126 Seiten. Kart. *M* 2.—, geb. 2.50.

Gesundheits-Ratgeber für heiße Zonen. Von Hans Ziemann. 56 Seiten. 5. verbesserte Auflage. *M* 1.—.

Handbuch der Krankenpflege. Unter Mitarbeit hervorragender Ärzte herausgegeben von Regierungsrat Dr. Anton Bum, Wien. 2. durchgesehene und verbesserte Auflage. Mit 179 zum Teil farbigen Abbildungen. Geb. *M* 7.20.

Kindersterblichkeit in den deutschen Kolonien. Von Ittameyer und Feldmann. 148 S. Großoktav. (Abh. aus dem Gebiet der Auslandskunde Bd. 13, Reihe D Bd. 1.) 1923. *M* 6.—.

Taschenwörterbuch der medizinischen Fachausdrücke für Nichtärzte, insbesondere für das Krankenpflegepersonal. Von Generaloberarzt a. D. W. Marle, Berlin. Mit 345 Abbildungen im Text. Kart. *M* 2.40.

c) Aussätzigenasyle, Blindenheime, Irrenanstalten

Anstalt	Missionsgesellschaft	Pfleglinge	Personal
1. Aussätzigenasyle.			
Schautam (Tungkun), China	Rheinische Mission	168	1 chinesischer Krankenwärter, 1 chines. aussätz. Evangelist unter Leitung von Dr. Hueck und Miss. Diehl
Jesushilfe (Jerusalem), Palästina	Brüdergemeine	31	5 Herrnhuter Schwestern
Bethesda (Paramaribo), Surinam	Brüdergemeine	65 Erwachs. 98 Kinder	5 Herrnhuter Schwestern
Bochum, Transvaal	Berliner Mission	140	Oberleitung Miss. Jäckel
Hekalungu, Ostafrika	Bethel-Mission	60	Diakon Nickel
Isoko (Poliklinik), Ostafrika	Brüdergemeine	—	2 Schwestern
Huta Salem (Batakland), Sumatra	Rheinische Mission	491	Diakon Rittich
Situmba (Batakland), Sumatra	Rheinische Mission	80	Missionar Link
Chevayurhügel (Kalikut), Indien	Basler Mission	154	Missionar Schäfer
2. Blindenheime.			
Kowloon, Hongkong	Hildesh. Blindenmiss.	40	Schw. Sophie Moritz
Kayin (Provinz Canton) China	Hildesh. Blindenmiss.	80	Schw. Alwine Berg
Shekki (Provinz Canton) China	Canton Blindenmission	25	Schw. Marg. Heinze, Bertha Reinhardt und Erna Singer
Hephata (Batakland) Sumatra	Rheinische Mission	28	Diakon Rittich
Blindenheim (Jerusalem) Palästina	Syrisches Waisenhaus	17	1 Diakon
Deutsches Blindenheim (Täbris), Persien	Christl. Blindenmission im Orient	25	Missionar Christoffel
3. Irrenfürsorge.			
Lutindi, Usambara	Bethel-Mission	80	Diakon Nickel
Pearadja, Sumatra, Durchgangsstation	Rheinische Mission	3	Dr. Johannsen

d) In Tübingen medizinisch ausgebildete Missionare

6 bis 10½monatige Ausbildung

Name	Missionsgesellschaft	Missionsgebiet	Station
1. Stößel, Joh.	Neuendettelsauer Mission	Kaiser-Wilhelmsland	Butaueng, jetzt Nürnberg
2. Spellig, Fr.	Brüdergemeine	Deutsch-Ostafrika	Kitunda-Kiwere, jetzt Stuttgart
3. Bauer, Herbert	Brüdergemeine	Deutsch-Ostafrika	Mwaja
4. Blohm, Wilhelm	Brüdergemeine	Deutsch-Ostafrika	Ipole-Uganda
5. Sörensen, Rasm.	Brüdergemeine	Deutsch-Ostafrika	Utengule
6. Lewerenz, Ed.	Basler Mission	Kamerun	Bali
7. Flogaus, Joh.	Basler Mission	Kamerun	Bonaku, jetzt Brasilien
8. Wöll, Nik.	Basler Mission	Kamerun	Nyasoso
9. Dannholz, Jak. †	Leipziger Mission	Deutsch-Ostafrika	Mbaga
10. Krause, Boris	Bethel-Mission	Deutsch-Ostafrika	Ruanda, jetzt Argentinien
11. Dost, Is.	Berliner Mission	Deutsch-Ostafrika	Matema
12. Oksas, Fr.	Goßner Mission	Kamerun	jetzt in Brasilien
13. Roszat, Chr.	Goßner Mission	Kamerun	unbekannt
14. Alexander, Fr.	Goßner Mission	Kamerun	unbekannt
15. Storbeck, Dr. phil.	(in Verb. mit) Bethel	—	jetzt in Altschaumburg bei Küstrin
16. Marx, Herm. †	Brüdergemeine	Ostindien	Poo (Himalaja)
17. Nothwang, E.	Basler Mission	Westafrika	Anum (Goldk.), jetzt Fellbach (Württ.)
18. Braun, Abr.	D. Baptisten-Mission	krankhtsh. nicht ausgef.	—
19. Keyser, Fr.	Hermannsburger Mission	Südafrika	Natal
20. Sell, Edleff	Breklumer Mission	Ostindien	Nandpur, jetzt in Bayern
21. Schoppe, Karl	Liebenzeller Mission	China	Paoking (Prov. Hunan)
22. Völker, Wilhelm	Hann. evg.-luth. Freikirche	Transvaal	Quellwasser (bei Annyspruit)
23. Nußmann, Oskar	Deutsche evg. Synode von Nordamerika	Ostindien	Sakti C. P.

Name	Missionsgesellschaft	Missionsgebiet	Station
24. Eisenschmidt, Alex.	Leipziger Mission	Tanganyika-Territory	Mwika
25. Hohenberger, Joh.	Leipziger Mission	Tanganyika-Territory	Schigatini
26. Rißmann, Joh.	Leipziger Mission	Tanganyika-Territory	(jetzt Meißen)
27. Winkler, Alfr.	Leipziger Mission	Tanganyika-Territory	Masama
28. Streicher, Hans	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea	Finschhafen
29. Lechner, Matthias	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea	Finschhafen
30. Schiele, Pastor, Bernh.	Berliner Mission	Natal	Rosenstein
31. Baur, Theoph.	Falascha Mission	Abessinien	Djenda bei Gondar
32. Heintze, Wilh.	Falascha Mission	Abessinien	Djenda bei Gondar
33. Handschuck, Hellmuth	Allianz-China-Mission	China	
3monatige Ausbildung.			
34. Göttin, Hans	Basler Mission	Borneo	Mengkatip
35. Gerlach, Georg	Basler Mission	Borneo	Bandjermasin
36. Bächtold, Heinrich	Basler Mission	Kamerun	Buea
37. Länge	Liebenzeller Mission	Südsee-Inseln	Mortlock-Inseln
38. Göbel, Raimund	Liebenzeller Mission	China	Südsee-Insel Manus
39. Dages, Ernst	Liebenzeller Mission	China	China
40. Stork, Hellmuth, Lic. Pastor	Berliner Mission	Transvaal	Pretoria

e) Missionsschwestern, die in den Kursen des Deutschen Instituts für ärztliche Mission ausgebildet worden sind*)

Name	Mission	Arbeitsgebiet
Marie Borowski, verh.	Berliner Mission	Deutsch-Ostafrika
Auguste Fritz	Goßner Mission	Indien
Chr. Sönnichsen †	Neukirchener Mission	Britisch-Ostafrika
Amalie Sontopski, verh.	Berliner Mission	China
Marie Manthey, verh.	Berliner Mission	Deutsch-Ostafrika
Auguste Schmidt †	Brüdergemeine	Deutsch-Ostafrika
Katharine Welker	Berliner Mission	China
Charlotte Wolter, verh.	Sudan-Pionier-Mission	Oberägypten
Elisabeth Reiß, verh.	Bethel Mission	Deutsch-Ostafrika
Milla Roos †	Basler Mission	Kamerun
Friederike Steinacker	Leipziger Mission	Deutsch-Ostafrika
Mathilde Wagner, verh.	Neuendettelsauer Mission	Kaiser-Wilhelmsland
Käthe Kütter	Freienwalde	China
Magdalene Wegerle	Freienwalde	China
Frida Jehle, verh.	Liebenzeller Mission	China
Emma Metzger	Basler Mission	Goldküste
Berta Oechsler, verh.	Basler Mission	Goldküste
Lydia Hench	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Lina Jeguschke, verh.	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Berta Kühn	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Wilhelmine Becker	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Klara Herbst †	Basler Mission	Ostindien
Emilie Krautter	Basler Mission	Goldküste
Anna Käthe Linder	Basler Mission	China
Mina Föll	Basler Mission	Kamerun, Borneo
Maria Seiler, verh.	Rheinische Mission	Sumatra
Helene Söhn, verh.	Bethel Mission	Deutsch-Ostafrika
Lene Pfeiffer, verh.	Neuendettelsauer Mission	Kaiser-Wilhelmsland
Anna Claß	Deutsche Methodisten-Mission	Bismarck-Archipel
Emilie Wiesmüller	Deutsche Methodisten-Mission	Bismarck-Archipel
Maria Madsen, verh.	Breklumer Mission	Deutsch-Ostafrika
Berta Wibe, verh.	Breklumer Mission	Deutsch-Ostafrika
Maria Gaedke	Goßner Mission	Ostindien
Gertrud Günzel, verh.	Wesleyaner Mission	Bismarck-Archipel
Berta Hertle, verh.	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea
Luise Jahn, verh.	Rheinische Mission	Deutsch-Südwestafrika
Margarete Dungs	Rheinische Mission	Nias
Marie Kinkel, verh.	Rheinische Mission	Deutsch-Südwestafrika
Alma Hoffmann	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Gertrud Möller, verh.	Austral. Wesley. Methodisten	Bismarck-Archipel
Käthe Weiß	Neukirchener Mission	Java
Ida Hirte	Diakonissenhaus Posen	Chile
Anna Schmutz, verh.	Neukirchener Mission	Deutsch-Ostafrika
Elisab. Hollkamm, verh.	Freienwalde	Kamerun
Irmgard Jung	Methodisten-Mission	Bismarck-Archipel
Claire Lindemann, verh.	Breklumer Mission	China
Martha Roehl †	Bethel-Neukirchen	Java

*) Die nicht ausgesandten Schwestern wurden nicht aufgeführt.

Name	Mission	Arbeitsgebiet
Ottilie Glauner, verh.	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea
Anna Godau, verh.	Rheinische Mission	Sumatra
Gertrud Hermann, verh.	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea
Anny Lucas	Morgenländ. Frauenverein	Indien
Anna Mikat	Rheinische Mission	Sumatra
Lydia Hundhausen, verh.	Neukirchener Mission	Java
Maria Timm, verh.	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Kleinasien, Bulgarien
Marie Eglin	Bethel-Neukirchen	Java
Klara Fischer, verh.	Basler Mission	China
Mina Heß	Basler Mission	China
Lina Penzold, verh.	Liebenzeller Mission	China
Margarete Quack, verh.	Liebenzeller Mission	China
Jannetje Rijkhoek	Neukirch. Miss. (Salatiga-Miss.)	Java
Marie Wachhals	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Kleinasien
Marie Schmidt	Rheinische Mission	unbekannt
Elfriede Schuler	Deutsch-Evang. Miss.-Hilfe	unbekannt
Clasina Rijkhoek	Sieben-Tags-Adventisten	Java
Ida Juckel	Sieben-Tags-Adventisten	unbekannt
Maria Miller	Sieben-Tags-Adventisten	unbekannt
Rosa Kocher	Liebenzeller Mission	China
Hanna Quistorp, verh.	Rheinische Mission	Sumatra
Ruth Näher, verh.	unbekannt	Bulgarien
Lina Tüttemann	Rheinische Mission	Sumatra
Lily Schmidt	Liebenzeller Mission	China
Elisabeth v. Böttticher	Rheinische Mission	Nias
Luise Jordan	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Paula Schäfer	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Kleinasien
Barbara Alexander	Berliner Mission	Deutsch-Ostafrika
Frl. Dr. Rainio	Finnische Mission	Südwestafrika
Selma Santalahli	Finnische Mission	Südwestafrika
Karin Hirn	Finnische Mission	Südwestafrika
Marie Luise v. Mengersen	Miechowitz	China
Wanda Jenner	Miechowitz	China
Gasia Krikorian, verh.	Deutsche Orient-Mission	Ägypten
Ida Gräber	Rheinische Mission	Sumatra
Wilhelmine Kohlhase	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Sidonie Knäpel	Paulunhospital	China
Elis. Niederhäuser, verh.†	Basler Mission	China
Maria Kistner, verh.	Neuendettelsauer Mission	Neuguinea
Maria Rutz	Deutsch. Frauen-Missionsbund	China
Regine Meyer, verh.	Rheinische Mission	Brasilien
Alice Humbert, verh.	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Syrien
Bertha Böhl	Neukirchener Mission	Java
Anna Henkel	Rheinische Mission	Sumatra
Christiane Sammet	Frauenhilfe fürs Ausland	Brasilien
Emmy Meyer, verh.	Hermannsburger Mission	Brasilien
Martha Fischer, verh.	Rheinische Mission	Borneo
Martha Hunzicker	St. Chrischona	China
Maria Koch, verh.	Neuendettelsauer Mission	Brasilien
Hanna Suter	Allianz-China-Mission	China

Name	Mission	Arbeitsgebiet
Anna Engelbert	Kaiserswerth	Palästina
Erna Weber	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Bulgarien
Lydia Staiger	Liebenzeller Mission	China
Magdalene Schanz	unbekannt	Palästina
Mathilde Hoch, verh.	Basler Mission	China
Anne Grebner, verh.	Basler Mission	China
Margarete Ritzi, verh.	Basler Mission	China
Frieda Suter, verh.	Basler Mission	China
Frieda Käser, verh.	Basler Mission	China
Hanna Schmidt, verh.	Basler Mission	China
Ida Scheuble, verh.	Borneſ. Handelsverein	Borneo
Alwine Berg	Blinden-Miſſion	China
Luiſe Saladin	Kanareſen-Miſſion	Indien
Alwine Seeliger	Brüdergemeine	Surinam
Ida Seidenberg	Frauen-Miſſionsbund	China
Elſe Schroeder	Frauen-Miſſionsbund	China
Maria Zollhöfer	Brüdergemeine	Nikaragua
Anna Bähren	Frauenhilfe fürs Ausland	Braſilien
Melanie Weyrauch	Frauenhilfe fürs Ausland	Braſilien
Adele Ranke	Rheiniſche Miſſion	China
Helene Semrau	Bethel-Miſſion	Oſtafrika
Martha Schächter	Rheiniſche Miſſion	Sumatra
Frieda Bürkner	Neukirchener Miſſion	Java
Hildegard Petzſch	Berliner Miſſion	China
Anna Schmidt	Basler Miſſion	China
Hildegard Spengler	Mädchen-Bibelkreiſe	China
Elli v. Lüttichau	Mädchen-Bibelkreiſe	China
Maria Rinke	Frauenhilfe fürs Ausland	Braſilien
Erna Okolowitz	Rheiniſche Miſſion	Südweſtafrika
Eliſabeth Gaedke	Liebenzeller Miſſion	China
Clara Budde	Allianz-China-Miſſion	China
Emma Martin	Basler Miſſion	China
Gerda Fallſcheer	Templer	Palästina
Gertrud Schaeppi	Basler Miſſion	China
Annemarie Lenkait	Berliner Miſſion	unbekannt
Käthe Jauer	Berliner Miſſion	Oſtafrika
Eliſabeth Wärthl	Leipziger Miſſion	Oſtafrika
Eliſabeth Bierhub	Leipziger Miſſion	Oſtafrika
Magdalene Schreiber	Frauenhilfe fürs Ausland	Braſilien
Anna Kocher	Basler Miſſion	China
Helene Köhler	Rheiniſche Miſſion	Südweſtafrika
Olga Ellenberger	Freienwalde	Jugoſlawien
Friederike Schumacher	Bethel-Miſſion	Oſtafrika
Sophie Bezler	Neuendettelsauer Miſſion	Neuguinea
Auguſte Schloſſer	Frauenhilfe fürs Ausland	Braſilien
Helene Moll	Neuendettelsau	Neuguinea
Marie Röck	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Griechenland
Eliſabeth Bömel	Basler Miſſion	China
Frieda Zimmermann	Kaiserswerth	unbekannt
Ida Pfiſter	Allianz-China-Miſſion	China

Name	Mission	Arbeitsgebiet
Otty Jessen	Bremer Mission	Indien
Elsa Frey	Leipziger Mission	Indien
Elise Zuber	Liebenzeller Mission	Truk-Inseln
Charlotte Groß	Liebenzeller Mission	China
Frieda Wehle	Liebenzeller Mission	China
Lisbeth Meier	Norddeutsche Mission	Togo
Adele Herold	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Türkei
Esther Kurz	Allianz-China-Mission	China
Maria Bauer	Liebenzeller Mission	China
Hedwig Mertin	Rheinische Mission	Nias
Anna Schuler	Basler Mission	Indien
Ida Krebs	Berliner Mission	China
Irene Möller	Berliner Mission	China
Margarete Schuchardt	Berliner Mission	Tanganyika Territory
Helene Nolting	Miechowitz	Südafrika
Clara Köster	Liebenzeller Mission	China
Maria Molnar	Liebenzeller Mission	Admiralitäts-Inseln
Tina Goebel	Liebenzeller Mission	Admiralitäts-Inseln
Elise Zuber	Liebenzeller Mission	Karolinen-Inseln
Hanna Schweizer	Basler Mission	Britisch-Indien
Paula Mühlinghaus	Hilfsb. f. chr. Liebesw. i. Orient	Türkei

f) Liste der deutschen Missionsärzte (10. Oktober 1928)

A. Aktive Missionsärzte:

1. Dr. Dannert, Willy, Rheinische Mission, Pearadja, Post Taroetoeng, via Medan, Sumatra (Niederländisch-Indien).
2. Dr. Eckhardt, August, Berliner Mission, Itete, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
3. Dr. Eitel, Fritz, Liebenzeller Mission, Changsha, Hunan-Provinz (China), via Sibirien.
4. Dr. Emery, Maurice, Basler Mission, Bettigeri, Süd-Mahratta (Britisch-Ind.).
5. Dr. Fast, Johann, Neukirchener Mission, Blora, Java (Niederländisch-Indien).
6. Dr. Fischer, Otto, Berliner Mission, Itete, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
7. Dr. Goldstein, Johannes, Mildmay-Judenmission, Saloniki (Griechenland), Rue St. Sophie 32.
8. Dr. Gründler, Christoph, Berliner Mission, Lupembe, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
9. Dr. Haensel, Gerhard, Allgemeiner evang.-prot. Missionsverein, Tsiningchow, Provinz Schantung (Nordchina).
10. Dr. Herr, Karl, Liebenzeller Mission, Hungkiang, Hunan-Provinz (China), via Sibirien.
11. Frl. Dr. Herzfeld, Elisabeth, Sudan-Pionier-Mission, Koschtamne (Oberägypten).
12. Dr. Hueck, Otto, Rheinische Mission, Tungkun, Kanton-Provinz (China).

13. Dr. Johannsen, Peter, Rheinische Mission, Pearadja, Post Taroetoeng, via Medan, Sumatra (Niederländisch-Indien).
14. Dr. Kallenbach, Alfred, Sudan-Pionier-Mission, Assuan (Oberägypten).
15. Dr. Kröber, Friedrich, Bethel-Mission, Kamatschumu, Post Bukoba, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
16. Frl. Dr. Lombard, Eva, Basler Mission, Udipi, Süd-Kanara (Britisch-Indien), zurzeit auf Urlaub in Europa.
17. Dr. Lüders, Hermann, Berliner Mission, Namjung, Canton-Provinz (China).
18. Dr. Lutz, Hermann, Basler Mission, Kayin, via Swatow (China).
19. Dr. Müller, Samuel, Bethel-Mission, Bumbuli, P. O. Mombo, via Tanga, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
20. Dr. Müßig, Richard, Basler Mission, Kayin, via Swatow (China).
21. Frl. Dr. Petitpierre, Elisabeth, Basler Mission, Udipi, Süd-Kanara (Britisch-Indien).
22. Dr. Puff, Gerhard, Leipziger Mission, Madschame, P. O. Moshi, Tanganyika-Territory (Ostafrika).
23. Dr. Schalk, Hermann, Hermannsburger Mission, zurzeit Hermannsburg (Hannover).
24. Frau Dr. Schiele geb. Tscheuschner, Magdalene, Berliner Mission, Rosenstein (Natal).
25. Dr. Sickinger, Otto, Neukirchener Mission, Blora, Java (Niederländ.-Indien).
26. Dr. Sigel, Hugo, Neukirchener Mission, Bodjonegoro, Java (Niederländ.-Ind.),
27. Dr. Traut, Heinrich, Basler Mission, Honyen, via Kanton (China).
28. Dr. Visscher, Matthäus, Basler Mission, Kwalakapoeas, Süd-Borneo (Niederländisch-Indien).
29. Dr. Wagner, Wilhelm, Rheinische Mission, Balige, via Medan, Sumatra (Niederländisch-Indien).
30. Dr. Witt, Ernst, Liebenzeller Mission, Changsha, Hunan-Provinz (China), via Sibirien.

Außerdem designiert von der Basler Mission:

1. Frl. Dr. Mehmke, Dora, für Kalikut, reist vom 14. 11. 1928 nach Indien.
2. Dr. Fritz, Theodor, für Agogo, reist 1929 auf die Goldküste.

B. Zurückgekehrte und in heimatlichen oder anderen Stellungen befindliche Missionsärzte:

1. Dr. Benoit, Pierre de, Lausanne, Leiter einer Bibelschule, von 1915—1917 Missionsarzt in Bettigeri (Indien).
2. Dr. Boeckh, Rudolf, Bethel b. Bielefeld, von 1922—1924 Basler Missionsarzt in Honyen (China).
3. Dr. Christ, Hermann, Basel, von 1889—1903 Missionsarzt der Deutschen Orientmission in Urfa (Mesopotamien).
4. Dr. Deußen, Buenos Aires, Pueyrredon 1650, Deutsches Hospital; von 1927-1928 Vertragsarzt der Berliner Mission in Namjung, Canton-Provinz.
5. Dr. Dipper, Ed., Sanitätsrat, leitender Krankenhausarzt in Peking (China), von 1900—1905 Missionsarzt des Allgemeinen evang.-prot. Missionsvereins in Tsingtau (Kiautschou).
6. Dr. Eich, Gottfried, Hochemmerich a. Niederrhein, von 1906—1921 Rheinischer Missionsarzt in Tungkun (China).

7. Dr. Ellermeier, Wilhelm, Berlin S 59, Planufer 91, von 1925—1928 Arzt des Allg. ev. protest. Missionsvereins, Tsiningchow, Prov. Schantung.
8. Frau Dr. med. Fallscheer, Jerusalem, von 1904—1906 Missionsärztin des Deutschen Hilfsbundes für christliches Liebeswerk im Orient, in Marasch.
9. Dr. Fisch, Rudolf, Horgen (Kt. Zürich), von 1885—1910 Basler Missionsarzt in Aburi auf der Goldküste.
10. Dr. Fröhlich, Willy, Heinrichsbad b. Herisau (Schweiz), von 1906—1915 Missionsarzt der Sudan-Pionier-Mission in Assuan (Ägypten).
11. Dr. Glökler, Friedrich, prakt. Arzt in Kirchheim u. Teck, von 1925—1928 Berliner Missionsarzt in Namjung (Canton-Provinz).
12. Dr. Häberlin, Arthur, von 1907—1911 Vertragsarzt der Basler Mission in Duala (Kamerun).
13. Dr. Härle, Friedrich, Oberreg.-Med.-Rat, Kuranstalt Waldeck bei Nagold, von 1906—1907 Missionsarzt des Deutschen Hilfsbundes für christliches Liebeswerk im Orient, in Marasch, später Bagdad.
14. Dr. Hey, Fr., Bückeburg, von 1895—1905 Basler Missionsarzt auf der Goldküste und in Kamerun.
15. Dr. Hieber, Adolf, von 1913—1920 Missionsarzt der Brüdergemeine in Leh, Himalaya (Ostindien).
16. Dr. Hoth, Fritz, Lublinitz (Schlesien), 1902 Missionsarzt des Deutschen Hilfsbundes für christliches Liebeswerk im Orient, in Marasch.
17. Dr. Huppenbauer, Karl, Tropengenesungsheim Tübingen, von 1913—1917 Basler Missionsarzt in Aburi (Goldküste).
18. Dr. Hutton, Samuel, King-London, von 1889—1913 Missionsarzt der Brüdergemeine in Okak (Labrador).
19. Dr. Inhelder, Heinrich, Prättigauer Krankenhaus, Schiers (Schweiz), von 1922—1925 Basler Missionsarzt in Kayin (Canton-Provinz).
20. Dr. Ittameier, Karl, Bayreuth, von 1909—1913 Missionsarzt der Leipziger Mission in Madschame (Deutsch-Ostafrika).
21. Dr. Kehrer, Elisabeth, Essen-Kray, Hauptstr. 186, von 1925—1926 Rheinische Missionsärztin in Tungkun (Südchina).
22. Dr. Kühne, John, Lausanne, Riant-Mont La Rosiaz, von 1888—1910 Missionsarzt der Rheinischen Mission in Tungkun (China).
23. Dr. Müller, Th., North Tonavanda (New York), von 1909—1914 Basler Missionsarzt in Aburi (Goldküste).
24. Dr. Müllerleile, R., Frankfurt a. M., Glauburgstr. 93, von 1907—1915 Missionsarzt des Deutschen Hilfsbundes für christliches Liebeswerk im Orient, in Marasch.
25. Dr. Naab, J. P., Biebrich a. Rh., von 1901—1904 Missionsarzt der Deutschen Orient-Mission in Diarbekr (Türkei).
26. Dr. Neuffer, Hans, Ludwigsburg, Seidenstr. 8, von 1921—1927 Missionsarzt der Bibelchristen in Hinghwa (Kiangsu-Provinz).
27. Dr. Nixon, Charles, von 1908—1909 Missionsarzt der Brüdergemeine in Okak (Labrador).
28. Dr. Olpp, Univ.-Prof., Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen, von 1898—1907 Rheinischer Missionsarzt in Tungkun (China).
29. Dr. Pilon, Pieter, seit 1911 Missionsarzt der Neukirchener Mission in Blora (Java); Leitender Arzt am Bezirkskrankenhaus in Garoet (Westjava).

30. Dr. Proelß, Walter, Wilhelmshaven, von 1904—1909 Missionsarzt der Ostafrika-Mission in Wuga (Deutsch-Ostafrika).
31. Dr. Romig, Josef, von 1904—1905 Missionsarzt der Brüdergemeine, Karmel (Alaska).
32. Dr. Schaufler, Endersbach (Württ.), von 1898—1900 Missionsarzt der Deutschen Baptisten-Mission in Duala (Kamerun).
33. Dr. Schoch, Viktor, Versam (Kt. Graubünden), von 1907—1914 Basler Missionsarzt in Kayin (China).
34. Dr. Schreiber, Julius, Tannenhof bei Lüttringhausen (Rheinland), von 1899—1913 Rheinischer Missionsarzt in Pearadja (Sumatra).
35. Dr. Schröter, Potsdam, von 1904—1908 Berliner Missionsarzt in Kidugala (Ostafrika).
36. Dr. Schwend, Otto, Bangkok, von 1924—1926 Rheinischer Missionsarzt in Tungkun (China).
37. Dr. Sikemeier, E., Königsfelden b. Brugg, (Kanton Aargau); von 1921—1926 Basler Missionsarzt in Kayin (China).
38. Frl. Dr. Soenderop, Susanne, Rostock, Ferdinandstr. 26, von 1925—1927 im Dienst des Frauen-Missionsbunds in Shunking (Szechuan-Prov.).
39. Dr. Stokes, William, St. Gallen (Schweiz), Züricher Str. 53, von 1895—1919 Basler Missionsarzt in Kalikut (Indien), von 1920—1926 Missionsarzt der Kanaresischen Mission in Bettigeri (Indien).
40. Dr. Bischer, Andreas, Basel, von 1905—1908 Missionsarzt der Deutschen Orient-Mission in Urfa (Mesopotamien).
41. Dr. Boland, Karl, Bethel bei Bielefeld, von 1903—1905 Missionsarzt des Deutschen Hilfsbundes für christliches Liebeswerk im Orient, in Mamouret ul Aziz.
42. Dr. Bortisch, Hermann, Lörrach (Baden), von 1903—1913 Basler Missionsarzt in Aburi (Goldküste) und Honyen (China).
43. Dr. v. Werthern, Heide (Holstein), von 1906—1912 Missionsarzt der Baptisten-Mission in Tsinanfu (China).
44. Dr. Wick, Willy, Rabaul (Neuguinea), von 1903—1908 Missionsarzt des Allgemeinen evang.-prot. Missionsvereins in Tsingtau (China).
45. Dr. Winkler, Joh., Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen, von 1901—1921 Rheinischer Missionsarzt in Pearadja (Sumatra).
46. Dr. Wittenberg, Hermann, Sanitätsrat, Neinstedt (Harz), von 1893—1907 Basler Missionsarzt in Kayintschu (China).
47. Dr. Zerweck, Nathanael, Markgröningen (Württ.), von 1897—1912 Basler Missionsarzt in Bettigeri (Indien).

C. Gestorbene und gefallene Missionsärzte:

1. Dr. Bay, Hermann, von 1912—1922 Basler Missionsarzt in Kayin (China), gest. 4. Januar 1925 in Basel.
2. Dr. Eckhardt, A., von 1887—1893 Basler Missionsarzt auf der Goldküste, gest. 24. April 1893 in Aburi an Amöbendysenterie und Leberabszeß.
3. Dr. Eyl, von 1912—1915 Missionsarzt des Allgemeinen evang.-prot. Missionsvereins in Tsingtau, 1918 gef. in Frankreich.
4. Dr. Frobenius, W., Sanitätsrat, von 1888—1900 Rheinischer Missionsarzt in Finschhafen (Neuguinea), gest. 21. Jan. 1927 in Gütersloh an Gallensteinleiden.

5. Dr. Grimm, F., von 1913—1919 Berliner Missionsarzt in Ostafrika, starb am Schlaganfall in Würzburg.
6. Dr. Liebendörfer, Eugen, von 1886—1896 Basler Missionsarzt in Kalikut (Indien), gest. 3. Oktober 1902 in Stuttgart an Leberabszeß.
7. Dr. Oehme, R., von 1910—1915 Berliner Missionsarzt in Kidugala und Isumba (Ostafrika), gest. 1915 an Typhus.
8. Dr. Plötze, R. Hermann, von 1902—1908 Leipziger Missionsarzt in Madschame (Deutsch-Ostafrika).
9. Dr. Pohl, Ernst, Bremer Missionsarzt bestimmt für Indien, am 9. Juni 1918 gef. in Frankreich.
10. Dr. Shawe, Frederick, von 1897—1910 Missionsarzt der Brüdergemeine in Leh am Himalaya (Ostindien).
11. Dr. Schneiter, Max, von 1908—1911 Basler Missionsarzt in Kalikut und Bettigeri (Indien), gest. 23. Juni 1911 an Cholera.
12. Dr. Scholz, Rheinischer Missionsarzt, bestimmt für Deutsch-Südwestafrika, 1914 an der Westfront gefallen.
13. Dr. Boland, Paul, 1914 Basler Mission Bettigeri (Indien), gest. Mai 1914 an Blinddarmentzündung.
14. Dr. Wunsch, Richard, von 1909—1911 Missionsarzt des Allgemeinen evang.-prot. Missionsvereins in Tsingtau, dort gest. an Flecktyphus.
15. Dr. Zeiß, Adam, 1914 Rheinischer Missionsarzt in Tungkun (China), ertrunken im Ostfluß.
16. Dr. Zimmermann, Paul, 1914 als Goßnerscher Missionsarzt bestimmt für Indien, 1917 infolge der Kriegsstrapazen gestorben an Herzschlag.

3. Ausländische ärztliche Missionen

a) Missionsärztliche Gesellschaften

1. Edinburgh. Medical Missionary Association. Gegr. 1841. 56 George Square, Edinburgh.
2. London. Medical Missionary Association. Gegr. 1878. 47—51 Highbury Park, London N. 5.
3. British Advisory Board on Medical Missions. Gegr. 1916. Stuart House, 1 Tudor Street, London E. C. 4.
4. Medical Advisory Committee of the Com. of Reference and Counsel of the Foreign Mission Conference of North America. Gegr. 1923. 419 Fourth Avenue, New York City.
5. Evangelical Society for Medical Mission. Gegr. 1924. 617 Beststreet, Buffalo, New York.
6. China Medical Missionary Association. Gegr. 1886. 5 Quinsan Gardens, Shanghai.
7. Nurses Association of China. Gegr. 1909. Miss L. A. Batty, 5 Quinsan Gardens, Shanghai.
8. Christian Medical Association of India. Gegr. 1905. Dr. med. R. H. H. Goheen, Arogyavaram, Indien.
9. Mission to Lepers. London. (International and interdenominational.) Gegr. 1874, 33 Henrietta Street Covent Garden, London W. C. 2.
10. British Empire Leprosy Relief Association. (BELRA) Gegr. 1925. 24 Cavendish Square, London W. 1.
11. American Mission to Lepers. Gegr. 1893. 156 Fifth Avenue, New York City.
12. Chinese Mission to Lepers. 20 Museum Road, Shanghai.
13. National Medical Association of China. Gegr. 1915. 34 Nanking Road, Shanghai.

b) Weltstatistik der Missionshospitäler und Polikliniken von 1900.*)

Land	Hospitäler	Polikliniken	Krankenhaus-Patienten	Poliklinische Patienten	Konsultationen
Afrika	40	103	4 909	177 794	441 239
Alaska	3	4	191	—	—
Arabien	1	4	—	8 558	25 676
Burma	7	9	840	21 018	52 296
Canada und Labrador	9	8	246	1 817	3 245
Ceylon	4	10	393	9 324	15 636
Uebertrag:	64	138	6 579	218 511	538 092

Land	Hospitäler	Polikliniken	Krankenhaus-Patienten	Klinische Patienten	Konsultationen
Uebertrag:	64	138	6 579	218 511	538 092
China	124	240	33 529	745 322	1 700 452
Formosa	2	3	632	4 948	17 524
Indien	106	250	22 902	877 704	2 356 731
Japan	7	16	701	27 098	66 703
Korea	9	13	1 383	35 291	70 259
Madagaskar	3	9	329	19 349	53 090
Malayische Staaten	2	5	395	6 307	34 476
Mexiko	1	4	—	6 338	15 693
Ozeanien	1	2	97	961	2 885
Palästina	10	20	3 766	87 056	223 281
Persien	5	13	997	42 280	101 017
Siam und Laos	5	9	231	14 654	26 975
Südamerika	3	5	—	2 794	4 041
Syrien	6	16	1 167	32 932	91 812
Türkei	7	10	1 033	36 804	80 903
Schätzungsweise für 96 Hospitäler und 147 Polikliniken, die nicht berichteten . . .	—	—	19 964	421 302	1 263 906
Gesamtsumme	355	753	93 705	2 579 651	6 647 840

*) Nach dem Report of the Ecumenical Missionary Conference. Neuyork 1900. Vergl. auch Dennis, Centennial Survey, S. 193 ff.

Zu c) Weltstatistik des Personals, der Hospitäler und Polikliniken von 1916*)

Missionsärzte	743	Krankenhaus-Patienten . . .	253 633
Missionsärztinnen	309	Polikliniken	1 234
Krankenschwestern	537	Poliklinische Konsultationen .	8 833 759
Eingeborene Ärzte	230	Große Operationen	36 044
„ Assistenten	968	Einzelbehandlg. in Polikliniken	
„ Helferinnen . . .	1 138	und Hospitälern	3 107 755
Hospitäler	703	Ärztl. Honorar in RM. . . .	1 873 888
Betten	17 364		

*) Nach World Statistics of Christian Missions 1916.

c) Weltstatistik des Personals der Hospitäler und Polikliniken von 1923.*)

Land	Personal							Hospitäler		
	Weiße			Eingeborene						
	Missionsärzte	Missionsärztinnen	Krankenschwestern	Ärzte	Ärztinnen	Assistenten	Assistentinnen	Hospitäler	Betten	Krankenhauspatienten
Asien	596	321	640	483	99	2 053	2 218	640	25 601	295 831
Afrika	124	15	235	8	0	338	157	116	3 235	54 747
Europäische Türkei	5	0	5	5	0	0	31	2	90	1 171
Australien, Niederl.-Indien	42	11	65	9	0	163	302	65	1 835	33 285
Latein. Amerika	24	6	42	8	0	43	149	18	384	3 179
Verein. Staaten, Canada, Alaska und Grönland	10	3	20	0	0	0	4	17	119	1 499
Gesamtsumme	801	356	1 007	513	99	2 597	2 861	858	31 264	389 712

*) Nach dem World Missionary Atlas, London 1925.

Weltstatistik der Polikliniken von 1923.*)

Land	Polikliniken	Poliklinische Konsultationen	Hausbesuche	Große Operationen	Kleine Operationen	Gesamtzahl der Einzelpatienten	Gesamtsumme der Behandlungen	Ärztliches Honorar in Hospital u. Poliklinik RM.
Asien	1 127	8 075 123	107 123	50 639	131 604	3 788 649	9 004 377	5 723 294
Afrika	366	1 672 008	16 425	1 402	11 363	657 855	1 809 391	397 912
Europäische Türkei	3	24 783	0	0	16	4 014	24 783	0
Australien, Niederl.-Indien	108	515 484	6 170	204	2 132	245 430	527 102	642 718
Latein. Amerika	64	148 971	5 932	1 460	847	89 706	173 698	654 385
Verein. Staaten, Canada, Alaska und Grönland	18	5 170	1 502	6	171	2 604	9 457	6 300
Gesamtsumme	1 686	10 441 539	137 152	53 711	146 133	4 788 258	11 548 808	7 424 609

*) Nach dem World Missionary Atlas, London 1925.

d) Weltstatistik der Medizin- und Krankenpflege-Schulen von 1900.*)

Land	Institute	Zahl der Medizinschüler männl.	weibl.	Summa
Afrika	2	—	—	—
Alaska	1	—	3	3
Ceylon	2	—	20	20
China	16	219	32	251
Indien	30	57	134	191
Japan	5	—	25	25
Korea	1	7	—	7
Malayische Staaten	1	—	5	5
Persien	3	17	—	17
Syrien	1	70	—	70
Türkei	1	—	—	—
Gesamtsumme	63	370	219	589

*) Nach dem Rep. of the Ecum. Miss. Conf. Neuyork 1900.

e) Weltstatistik der Medizin- und Krankenpflege-Schulen von 1923.*)

Land	Zahl der Studenten: Institute	Männliche	Weibliche	Gesamtzahl	Zahl der Krankenpflege-Schüler: Institute	Männliche	Weibliche	Gesamtzahl
Japan	0	0	0	0	2	0	40	40
Korea	2	57	0	57	5	0	38	55
China	11	377	91	468	26	149	216	445
Philippinen	0	0	0	0	4	0	189	189
Niederländisch-Indien	0	0	0	0	1	—	—	—
Indien	3	45	142	187	19	24	159	183
Ceylon	0	0	0	0	1	0	22	22
Persien	0	0	0	0	4	—	—	19
Syrien	1	178	0	178	1	0	32	32
Europäische Türkei	1	0	18	18	1	0	13	31
Liberia	0	0	0	0	1	1	2	3
Belgisch-Kongo	0	0	0	0	1	20	0	20
Südafrika	1	6	0	6	1	0	11	11
Uganda	0	0	0	0	1	0	16	16
Australien	0	0	0	0	1	0	6	6
Mexiko	0	0	0	0	1	0	11	11
Guatemala	0	0	0	0	1	0	2	2
Brasilien	0	0	0	0	1	—	—	—
Gesamtsumme	19	663	251	914	72	194	757	1085
oder								
Asien	17	657	233	890	58	173	507	796
Afrika	1	6	0	6	4	21	29	50
Europäische Türkei	1	0	18	18	1	0	13	31
Australien u. Niederl.-Indien	0	0	0	0	6	0	195	195
Latein. Amerika	0	0	0	0	3	0	13	13

*) Nach dem World Missionary Atlas, London 1925.

f) Ausländiſche miſſionsärztliche Literatur.

I. Allgemeines:

Allen, Belle, J., A Crusade of Compassion for the Healing of the Nations. West Medford, Mass. 1919.

Balme, H., China and modern Medicine. London 1921. Church Miss. Society.

Baldwin, M., Revolution and Other Tales. C. M. S., London, 1909.

Barnes, J. H., Between Life and Death. London, 1901. Marshall.

Barton, J. L., The Medical Missionary. Am. B. C. F. M., Boston.

Bose, K. M., Village of Hope. Marshall Bros. London.

Capen, E. W., Sociological Progress in Mission Lands. Hartford, Conn.

China Mission Year-book. Religious Tract Society. Shanghai.

China Medical Journal. China Med. Ass., 5 Quinsan Gardens, Shanghai.

Church Mission Soc. London, 1925. The Uganda jubilee report.

Cochrane, R., Leprosy in India. A survey. London, 1927.

Cochrane, Th., Conquest by Healing. London Miss. Soc., 1918.

Conference of the Work of Medical Missions, 19.—21. Febr. 1926. Baltimore. Committee of Ref. and Counsel of the For. Miss. Conference of North America. New York City, 1926.

Conference on Medical Missions. 3.—5. April 1928, New York. Committee of Ref. and Counsel of the For. Miss. Conference of North America. New York City, 1928.

Crawford, M., By the Equator's Snowy Peak. Church Miss. Soc. 1913.

de Gruche, K., Dr. Apricot of Heaven Below. Breezy sketsch of Dr. Duncan Main's work at Hangchow. Marshall Bros. London.

Dimmitt, D., A Story of Madeira. Meth. Book Concern, New York, 1896.

Eddy, G. S., India Awakening. Missionary Education Movement, 1911—12.

Edwards, M. R., The Work of the Medical Missionary. Student Volunteer Movement. New York.

Grier, S., In and out of Hospital. Marshall Bros. London, 1905.

Halsey, A. W., Go and Tell John. Presbyterian Church in the U. S. A., 1919.

— — Presbyterian Medical Missions. Murray & Evenden. London, 1912.

Hodgkin, H. T., The Way of the Good Physician. United Council for Miss., Educ., London, 1916.

Horder, C., Lepers Sought His Face. C. M. S., London, 1909.

Hume-Griffith, Mrs. M., Behind the Veil in Persia and Turkish Arabia. Lippincott, Philadelphia, 1909.

Jackson, J., Lepers: Thirty-six Years Among Them. Marshall, London, 1910.

Jefferys, Wm. H., Practical Ideals in Medical Mission Work. Dom. & For. Miss. Soc. of the Prot. Episc. Church, New York, 1909.

International Review of Missions. 17 Bände. London S.W. 1, Edinburgh House, Eaton Gate, Sloane Square.

Kerr, J. G., Medical Missions. Pres. Board of Pub., Philadelphia, 1895.

Kerr, R., Morocco After Twenty-Five Years. Murray & Evenden, London 1912.

Kilborn, O. L., Heal the Sick. Miss. Soc. Meth. Church, Toronto, 1910.

Lambuth, W., Medical Missions, The Twofold Task. New York, 1920.

Lipphard, B. W., The Ministry of Healing. American Baptist Pub. Soc. New York, 1920.

Loftis, Z. S., A Message from Batang. Revell, London, 1911.

Lowe, J., Medical Missions. Their Place and Power. Oliphant, Edinburgh, 1895.
Mackay, G. L., From far Formosa. Revell, London, 1900.
Mc Lean, A., Epoch Makers of Medical Missions. Revell, New York, 1912.
Medicine in China. Report of Rockefeller Commission. Peking.
Moorshead, R. F., The Appeal of Medical Missions. Edinburgh and London. Oliphant, Anderson & Ferrier. 1913.
Neve, E., Beyond the Pir Panjal. Life and missionary enterprise in Kashmir. C. M. S., London, 1914.
Osgood, E. I., Breaking Down Chinese Walls. Revell, London, 1908.
Padwick, Constance, Heroines of Healing. London Miss. Soc.
Paget, E. K., The Claim of Suffering. S. P. G., London, 1913.
Penrose, V. F., Opportunities in the Path of the Great Physician. Westminster Press, Philadelphia, 1902.
Perkins, E. C., A Glimpse of the Heart of China. Revell, London, 1911.
Preston, E. A., The Healing Hand. The story of the Medical Missions of the L. M. S.
Scrimgeour, F. J., Nazareth of To-day. W. Green & Son, Ltd., London, 1913.
S. P. G. Medical Missions. London.
Tatchell, W. A.: Medical Missions in China in Connection with the Wesleyan Methodist Church. Robert Culley. London, 1909.
Tiley, E. S., In the Steps of the Good Physician. Some glimpses of C. E. Z. M. S. medical work in India and China. London.
Ussher, C. D. & Knapp, G. H., An American Physician in Turkey. Houghton, Boston, 1917.
Vines, C. S., In and Out of Hospital. Church of England Zenana Missionary Soc. Marshall Bros. London, 1905.
Wanless, W. J., The Medical Mission. Westminster Press, Philadelphia, 1908.
Williamson, J. R., The Healing of the Nations. Student Vol. Movement. New York, 1899.
Witty, S. W. W., Converts through Medical Work. C. M. S. London, 1915.
Worcester, E. C., Religion and Medicine. Grosset & Dunlop. New York, 1910.

II. Lebensbilder:

Blaikie, W. G., The Personal Life of Livingstone. Revell, New York, 1880.
— — The Life of David Livingstone. Full quotations from Livingstone's own letters and journals. Murray. London, 1911.
Bryson, Mrs., John Kenneth Mackenzie. The life of a pioneer. Revell. New York.
— — Fred C. Roberts of Tientsin. H. R. Allenson. New York, 1895.
Burton, M. E., Notable Women of Modern China. Revell. London, 1912.
Christie, D., Thirty Years in Moukden. Mc Bride, Nast & Co. New York, 1914.
Costain, A. J., Arthur Jackson of Manchuria. The trilling story of a fight with plague. Hodder & Stoughton. London, 1911.
Cullen, A. H., John Kenneth Mackenzie. L. M. S. London.
Glover, R., Herbert Stanley Jenkins, M. D., F. R. C. S. The Carey Press, London, 1914.
Gracey, Mrs., J. T., Eminent Missionary Women. Eaton & Mains. New York, 1898.

Griffis, W. E., Hepburn of Japan. Westminster Press. Philadelphia, 1913.
Henderson, James, M. D. Memorials of, Nisbet & Co. London, 1875.
Hill, J. K., Sydney Rupert Hodge. Robert Culley. London, 1908.
Jackson, J., Mary Reed, Missionary to Lepers. Revell, New York, 1900.
Kelly, H. A., Walter Reed and Yellow Fever. Medical Standard Book Co,. Baltimore, 1912.
Lockhart, Wm., A Medical Missionary in China. Hurst. London, 1861.
Manson-Bahr, Ph. H., The Life and Work of Sir Patrick Manson. Cassell & Co. London, 1927.
Mundson, A., Jungle Days: Experiences of an American Woman Doctor in India. Appleton & Co., New York, 1913.
Meyer, F. B., Memorials of Cecil Robertson of Sianfu. Carey Press. London, 1913.
Neve, A., Thirty Years in Kashmir. F. R. C. S. E. Arnold. London, 1913.
O'Neill, F. W. S., Dr. Isabel Mitchell of Manchuria. Clarke & Co., London.
Peill, J., The Beloved Physician of Tsang Chou; Life, Work and Letters of Dr. Arthur D. Peill. Headley Bros., London, 1908.
Pennell, A. M., Pennell of the Afghan Frontier. Dutton. New York, 1914.
Pennell, T. L., M. D., B. Sc., F. R. C. S., Among the Wild Tribes of the Afghan Frontier. Seeley Service, London, 1909.
Ramsey, W. M., Kt., Luke, the Physician. Goe. H. Doran Co., New York, 1908.
Schofield, A., Memorials of R. Harold A. Schofield. Hodder & Stoughton. London, 1898.
Speer, R. E., The Foreign Doctor: Joseph Plumb Cochran. Revell. New York, 1911.
Stephens, G. B., The Life, Letters and Journals of the Rev. and Hon. Peter Parker, M. D. New York.
Tatchell, W. A., Healing and Saving: The Life Story of Philipp Rees. Kelly. London, 1914.

III. Miſſionsärztliche Zeitſchriften:

1. China Medical Journal. Monatsſchrift des Miſſionsärzte-Vereins von China. Erſcheint in Shanghai, 5 Quinsan Gardens.
2. Journal of The Christian Medical Association of India. Monatszeitſchrift der Christian Medical Association of India.
3. Conquest by Healing. Vierteljahrsſchrift der London Medical Missionary Association. London N. 5, 49 Highbury Park.
4. Quarterly Paper. Vierteljahrsſchrift der Edinburgh Medical Missionary Association. Edinburgh, 56 George Square.
5. The Mission Hospital. Monatsſchrift der Church Missionary Society. London E. C. 4. Salisbury Square.
6. Het Zendingsziekenhuis, Amsterdam.
7. The Fourth Wheel. Organ des Union Evangelical Medical College, Guanajuato, Mexiko.
8. Without the Camp. Vierteljahrsſchrift der Mission to Lepers, 33 Henrietta Str. Covent Garden, London W. C. 2.
9. Leper News Notes. Zeitſchrift der American Mission to Lepers.
10. Leprosy Notes. Organ der BELRA, 24 Cavendish Square, London W. 1.

11. The Leper Quarterly. Organ der Chinese Mission to Lepers. 20 Museum Road, Shanghai.
12. Nurses Near and Far. Nurses Missionary League. Vierteljahrsschrift 52 Lower Sloane St. London S. W. 1.

IV. Statistische Quellen (historisch geordnet):

Report of the Ecumenical Missionary Conference. New York, 1900.
Dennis, James S. Centennial Survey of Foreign Missions. F. H. Revell & Co. New York, 1902.
Geography and Atlas of Protestant Missions. New York, 1903.
Statistical Atlas of Christian Missions. World Missionary Conference. Edinburgh, 1910.
World Statistic of Christian Missions. 1916.
London Mission Society: Handbook to Medical Missions. 48 Broadway, Westminster, London S. W. 1.
Christian Occupation of China. China Continuation Committee. Shanghai, 1922.
World Missionary Atlas. Edinburgh House. London, 1925.
Streeter, A. J., Directory of Medical Missions, Head Stations and Foreign Staff. 1 Tudor Street, London E. C. 4, 1927.

g) Namen-Verzeichnis.

Abbott 182
Abercrombie 15
Albrecht 111
Alexander 121
Alison 15
Allen 188
Anderson 120
Arend 110
Asare 18

Bahlinger 123
Bailey 181
Balme 164, 187
Bauer, Chr. 110
Bauer, S. 138
Baumann . 132, 140, 144, 147
Baur 121
Bay 109
Bazille 149
Becker 6, 154
Beisenherz 111
de Benoit 123, 146
Berg 115
Bleher 85, 123
Blumer 129
v. Bodelschwingh, G. . . . 149
Boeckh 109, 110, 126
Boehl 117
Böhlau 120
Boettcher 112
Bokermann 120
Boone 193
Boughton 14
Bradly 188
Brands 112
Breuninger 26
Broden 176, 177
Brodie 158
Brosch 137
Brown 121
Bruns 142, 146
Bubenhofer 138
Budde 110
van Buskirk 190, 191

Cadbury 190, 191
van Calker 177
Castellani 174
Chagas 185
Chalmers 15
Charlotte, Königin v. Württemberg 149
Christ 118
Christlieb 16
Christoffel 118
Chrysostomus 31, 32
Clark 13
Clerk 149
Cochrane 182, 184
Colledge 13, 14
Cook 173, 174
Cook, Frau Dr . . . 174, 175
Cousland 161, 190, 193
Cumming 185

Dalton 13, 32, 156
Damm 115
Dannert 60, 111, 126, 128, 190
Dannholz 120
Datta 149
Davenport 193
Delord 181
Deßner 149
Deußen 114
v. Dewitz 122
Diehl 111
Dieter 119
Dijfelhoff 33
Döring 121
Don 85, 86, 88
Dowkonnt 157
Duerck 105
Dungs 112

Eckhardt, Alfred . 9, 19, 20, 21
Eckhardt, Aug. 121
Eglin 117
Eich 111
Eisenschmidt 120, 129
Eitel 110
Ellermeier 116, 126
Elmslie 171
Emery 124
Engel 183
Enßlen 118
Estock 124
Eyl 116

Fallscheer 118
Farmer 182, 185

Faſt 117, 126
Feldmann 126, 139, 154, 180
Feldſieper 117
Feng 162
Fezer 139
Fiebig 150, 181, 190, 191, 192
Finkh 19
Fiſch 5, 9, 16, 123, 190
Fiſchdick 112
Fiſcher, Komm.-Rat . 142, 146
Fiſcher, Schw. 110
Fiſcher, Dr . . . 105, 121, 135
Fliedner 31, 33, 35, 36, 42, 122
Flierl 125
Föll 117, 123
Förſter 154
Franz 112
Fraſer 185
Fritz, Dr 26, 123, 126
Fritz, Schw. Auguſte . . . 124
Frobenius 5, 9, 124
Fröhlich 41, 46, 122
Fülleborn 103, 104, 135

de Gaay Fortman 152
Gaedke 110
Georgieff 118
Giemſa 103
Glökler 114, 126, 128
Gobat 33
Godau 111
Goebel 125
Goldſtein 119, 126
Gothein 149
Gräber 111
Graham 185
Grau 26
Grimm 120, 121
Groh 24
Gründler 121, 126
Großendorf 31, 122
Gutekunſt 123
Gutmann 54

Hadrich 186
Haenſel 116
Härle 118
Hamacher 111
Handyſide 15
Hanſen 181
Hartenſtein 146
Haußer 142
Haußleiter 1, 127
Hecker 132
Heierle 110
Heim 139
Heine 119
Heinke 112
Heintze 121
Heinze 115
Henderſon 195
Hennig 147
Herold 118
Herr 110, 126
Hertlein 23, 24, 26
Herwig 110
Herzfeld 42, 46, 122
Heß 96, 110
Hetzler 110, 123
Heurnius 152
Heusner, Prof. 58
Heusner, Schw. 115
Hey 9, 20, 21, 22

Hobſon 161
Hodge 187
Hoeppli 103
Hohenberger 120
Ho Kwa 188
Hoth 118
Hueck 111, 126, 128
Huppenbauer, Dir. . . 7, 143
Huppenbauer, Dr 26, 103, 123, 138, 150, 193
Hu Shih 168

Inhelder 109, 126
Ittameier 54, 120, 180

Jäckel 112
Jauer 121
Jenner 110
Jenſen 118
Jeſſen 124
Johann Albrecht, Herzog v. Mecklenburg 149
Johannſen . 60, 111, 126, 128
Joſenhans 24

Kallenbach . . . 42, 44, 122
Kammerer 5, 7, 9, 10, 13, 127, 128, 144, 151, 155
Kamp. 117
Kehrer 111, 126, 128
Keil 117
Kerr 161, 165
Klaiber 150
Knüppel 121
Koch 103, 174
Kocher 110
Köhler 122
König 129
Kootz 89
Krebs 114
Kröber 119
Kronshage 117
Ku 149
Kühne 9, 111
Külz 134
Kurz 110

Laveran 103
Lawney 164
Laws 175
v. Lechler, Dr 5, 7 bis 12, 127, 140 bis 143, 147, 150
Lechler, jun. 151
Lechner 125
Lennox 190, 191, 192
Lepſius 40
Lerrigo 172, 179
Lettow-Vorbeck . 104, 121, 149
Liebendörfer, Dr . 7, 8, 9, 124
Liebendörfer, Frau Dr . . 128
Li Hung Chang 162
Linder 109
Livingſtone 15, 173
Lohmann 40
Lombard 124
Lüders 114
Lutz 110, 126

Macgowan 13
Mackenzie 162
Mähly 16
Main 155, 189
Maier. 119

Manſon 103, 162
Martin 110
Martini 103
Maus 111
Maxwell . . 74, 156, 160, 171
Mayer 103
Mehmke 124, 126
Menk 106
Menſe 103
Mertin 112
Metzger 26, 123
Metzler 59
Michaelis 149
Möller 172
Moll 125
Molnar 125
Moritz 115
Moſer 116
Moß 186
Mühlens 103, 105, 106, 135
Müller, Dr S. 119
Müller Dr Th. . 25, 26, 123
Müller, Schw. Eliſabeth . 112
Müllerleile 118
Münker 118
Müßig 110, 126
Muir 183, 184

Naab 118
Nagano 185
Nauck 163, 186
Neuffer, Dr 114, 126
Neuffer, Schw. 114
Neve 171
Nickel 120
Nocht 103
Nörgaard 112
Noguchi 103, 107, 173

Oechsler 26
Oehler 139
Oehme 120
Okolowitz 122
Oldrieve 183
Olpp, Prof. 9, 126, 132, 138, 152, 184, 193

Parker 13, 14, 15, 155, 156, 157, 161, 188
Paul 110
Peel 15
Perthes 142
Peter 167
Petitpierre 124
Petzſch 114
Pfiſter 110
Pinho 158
Pittman 195
Plötze 54, 120
Pohl 124
Polek 105
Präckel 111, 128
Prätorius 16
Preiswerk 16
Price 190, 191
Proelß 119
v. Provazek 103
Puff 54, 120, 126, 129
Pyelik 118

Quack 110

Rabe 110

Ranke 111, 128
Reichenow 103
Reinecke 112
Reinhardt 115
Reusch 129
Richter 188
Rieke 111
Rippert 122
Rißmann 120
Rittich 65, 111
Röck 118
Römer 151
Rogers 182, 183, 184
v. Rosen 148
Roth 118
Roye 114
Rück 143
Rummel 113, 128
Ruß 115

Salmans 178, 179
Salzgeber 110
Sata 149
Sauer 128
Schächter 111
Schäfer 118
Schalk 119
Schaubinn 103
Scheerer 146
Scheube 135
Scheurer 152
Schiele 112
Schilling 139
Schlatter 139, 195
Schleich 142, 143
Schlunk 24, 140
Schmidt, Hans 139
Schmidt, Dr R. Chr. . . . 153
Schneller 35, 149
Schoch 123
Schöninger 114
Scholz 122
Schreiber, Miss.-Insp. . 9, 59
Schreiber, Dr . 9, 59, 64, 65
Schuchardt 121
Schuler 118
Schulz 120
Schulze 129
Schumacher, Schw. Fr. . . 119
Schumacher, Schw. O. . . 26
Schurr 123
Schwarzbach 119
Schweitzer 3, 37, 41, 153, 154
Schwend 111, 126, 128
Scudder 169
v. Seelhorst 115
Seitz 149
Seliger 112
Semrau 119
Sheffly 176
Sickinger 68, 117, 126
Sigel 117, 126
Sikemeier 80, 109, 126
Singer 115
v. Soden 149
Soenderop 115, 126
Solf 146
Southon 188
Spaich 128
Staiger 110
Steinacker 120
Steinsiek 111
Sticker 135
Stites 190
Stössel 124, 134
Stokes 123
Straube 114
Streicher 125
Stuhlfauth 112
Sun Yat sen 162, 189
Swain 169
Swanson 120

Täuber 110
Tafel 149
Taute 104, 149
Timm 118
Timpson 174
Traut 77, 97, 110, 126
Treutlein 139
Tscheuschner 112
Tüttemann 111

Uffmann 124, 181
Uhlig 138

Valentine 170
Vaughan . . 186, 190, 191, 192
Veit 143
Venable 190, 191
Verdan 26
Verkijk 114
Veyhelmann 146
Vierhub 120
Vischer, A. 118
Vischer, M. 117
Voland, K. 118
Voland, P. 123
Vorköper 110
Vortisch 22, 23
van Vuuren 133

Wackwitz 110
Wade 184
Wärthl 120
Wagner 59, 111, 126
Wagner-Jauregg 105
Walbaum 139
Wanleß 171
Ward 158
Warneck 10
Weber 118
Wegerle 115
Wichert 6, 128, 173
Weiß 117
Welker 114
Welzel 110
West 112
Wilhelm II., Kaiser . . . 144
Wilhelm, König v. Württ. . 144
Winkler, Dr 6, 9, 58, 109, 111, 133, 181
Winkler, Miss. Alfr. . . . 120
Witt 110
Wittenberg 9
Wöll 123
Wolf, Prof. 141
Wolf, D. 187
Wolter 46, 122
Wong A Fun 161
Woods 190
Wu 167
Wünsche 112
Würz 131, 150
Wurmb 6
Wurster 139, 143, 144, 150, 195

Young 173

Zeiß 111
Zeller 118
Zimmerbeutel 117
Zimmermann 124
Zuber 125

Evang. Missionsverlag

G. m. b. H., Stuttgart

Kasernenstraße 21 :=: Fernruf 63684

Abteilung Verlag:

Missions-Studienbücher / Erzählungsbücher aus der Weltmission / Missions-Jugendbücher / Predigt- und Erbauungsliteratur.

Abteilung Zentralstelle für Missionsliteratur:

Besorgt sämtl. Missionsliteratur (deutsch und englisch) / Vierteljahrszeitschrift: „Der Missionsbücherwart", herausgegeben von Professor D. M. Schlunk / 1927 erschien: Wegweiser durch das Schrifttum der evangel. Mission, 127 Seiten, wird an Interessenten unberechnet abgegeben. / Eine Missionsleihbücherei befindet sich in Vorbereitung.

Abteilung Buchhandlung:

Neu eröffnet am 10. September 1928, reiche Auswahl aller guten Literatur in neuzeitlich ausgestatteten Verkaufsräumen. Versand auch nach auswärts.

Ärztliche Instrumente für Missionshospitäler
Chirurg. Taschenbestecke
Hebammenausstattungen für Missionsschwestern
Verbandmaterial
Krankenpflegeartikel
nach Angaben des Deutschen Instituts für ärztliche Mission Tübingen in Verbindung mit der hiesigen Universitätsfrauenklinik
Tropenausstattungs-Gegenstände für jedes Klima geeignet
empfiehlt bei gewissenhafter Bedienung zu billigsten Preisen

Otto Kübler

Tropenausstattungs- und Missionsversandgeschäft
Tübingen, Nauklerstraße 17.

DATE DUE

BV 2440 .D38 1928

362

Die Deutsche Evangelische
Herztliche Mission nach dem

United Theological Seminary Library
MAIN BV2440.D38 1928
Die Deutsche Evangelische
3 0645 0007 6380 1